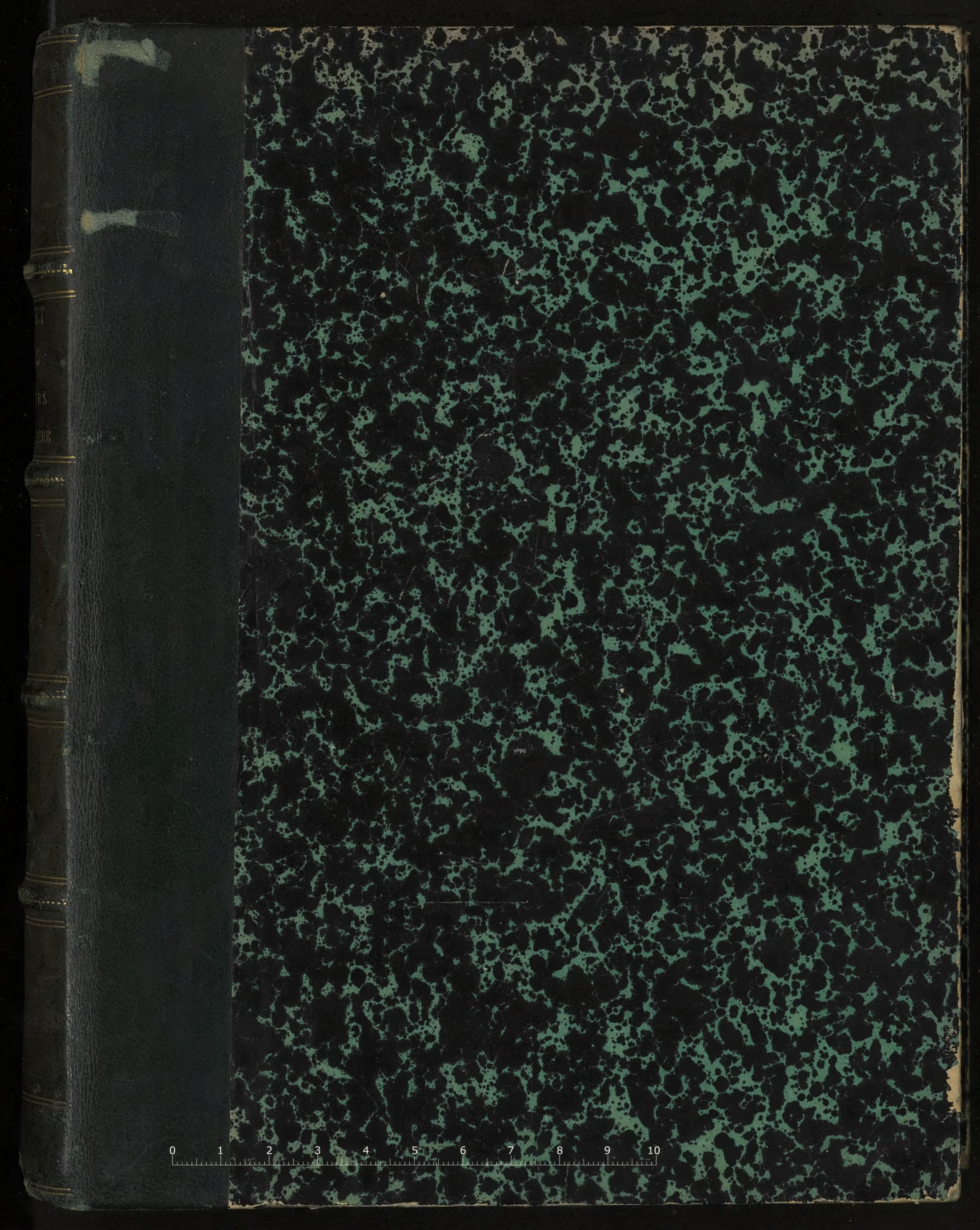
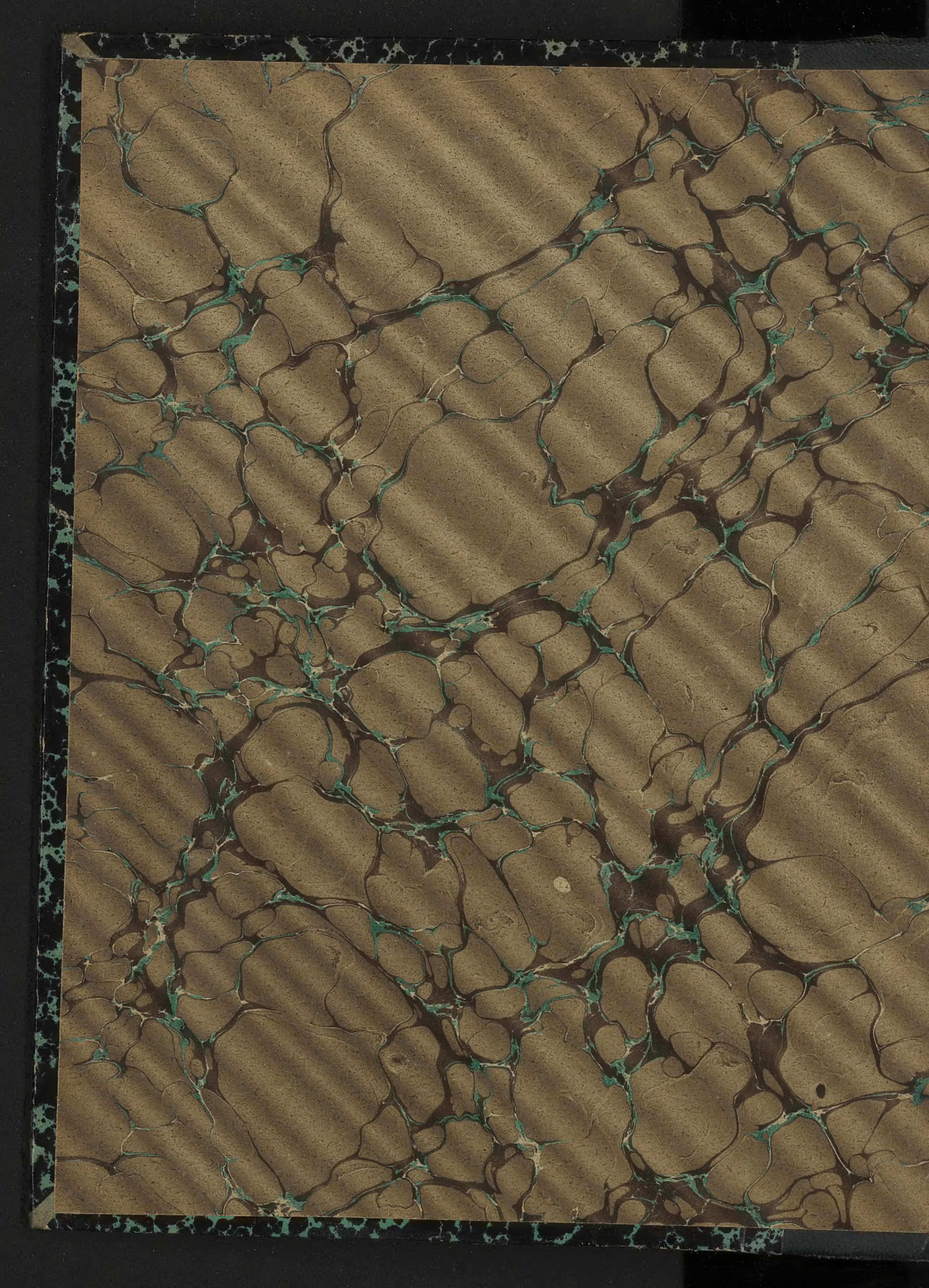
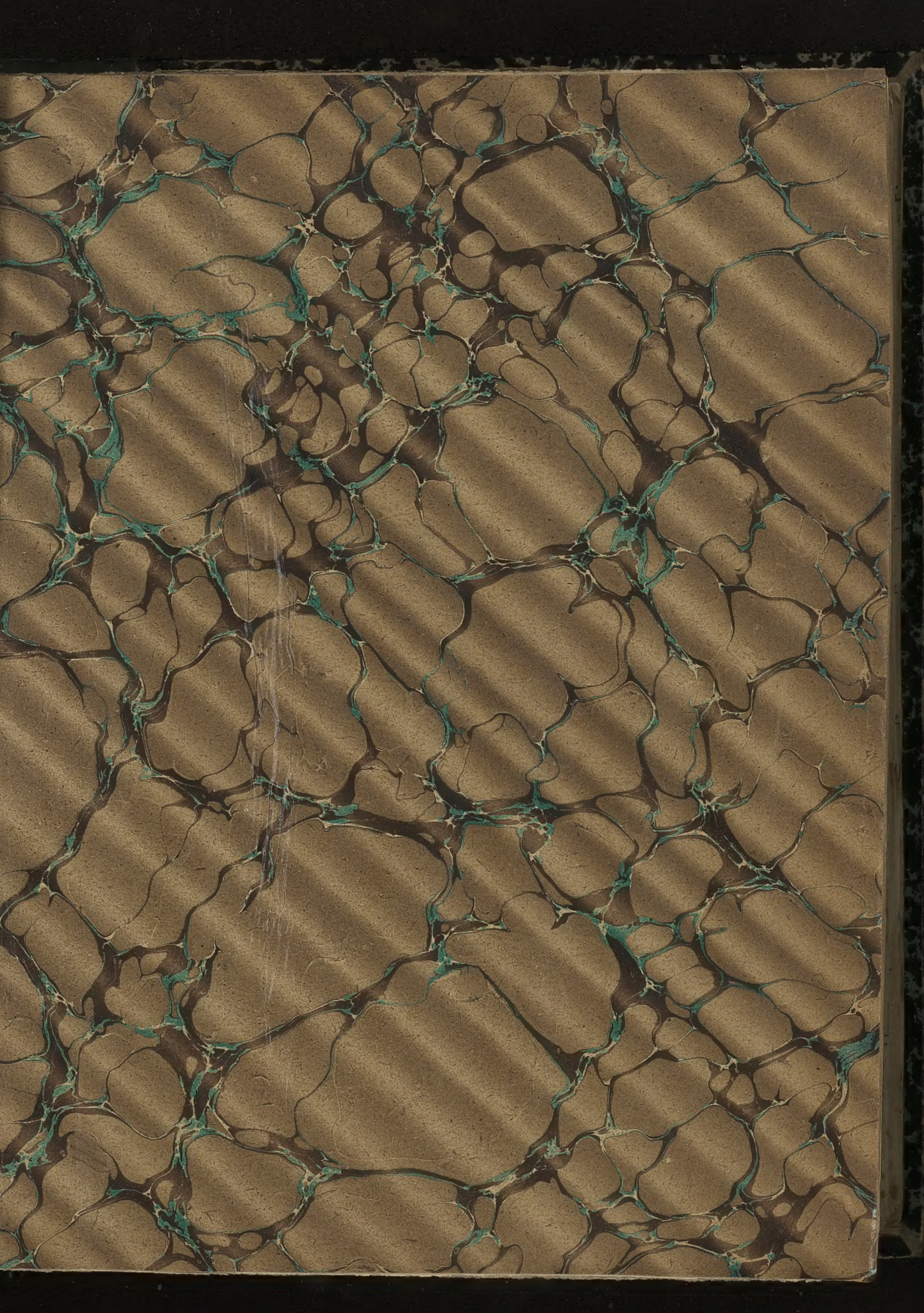






Notes
pour le cours de la
Salpêtrière
1884.

Leçon sur l'Alcoolisme en 1869 - 1870

Abus des alcooliques très répandu dans tout l'univers mais surtout dans les régions septrionales Magnus Huss analysé en France par Renaudin et Lasègue. Il faut diviser l'étude en deux classes : alcoolisme aigu et alcoolisme chronique — Indiquer simplement l'ivresse comme 1er degré de l'état aigu et à titre de comparaison vis à vis du delirium tremens.

1° Etiologie. Conditions particulières où se trouvent les individus intoxiqués, et variété des boissons absorbées.

Il n'est pas donné à chacun de s'enivrer avec les mêmes doses : l'individualité de chacun joue un grand rôle ~~sous~~ ce

ce rapport : il en est de même l'alcoolisme comme de l'ivresse ; il y a deux catégories ceux qui résistent à deux catégories de fo[rtes] doses et ceux qui n'en ont besoin que de très minimes : aphorismes établis par M. sous ce rapport au point de vue de la pré disposition héréditaire. Disposition à boire ou dipsomanie. Détails à ce sujet — 2me condition, nature du liquide ingéré : vin eau de vies variées, absinthe. Action de ces diverses boissons alcooliques, absinthisme (Motet)

3me condition : mode d'administration boire le matin à jeun ou en mangeant d'une manière continue ou intermittente etc. Idées de Lasègue à cet égard.

2.° Description clinique des diverses formes d'alcoolisme.

Lypémanie alcoolique ou délire subaigu de Lasègue. Peu étudiée avant lui. Période prodromique : taciturnes et tristes = craintes pour leur santé ; symptômes gastriques ; insomnie, cauchemars, visions = anxiété physique et morale ; démangeaisons ; fourmillements, rêves ; perceptions subjectives se transformant peu à peu en hallucinations, terreurs, fantômes, et, peu à peu, véritable délire. Alors ils vont se plaindre et se font arrêter.

ance des idées délirantes déterminées roulant sur un sujet principal, sur des occupations imaginaires, croient qu'on veut les tuer entendent des détonations, etc. Actes violents et surtout suicide. Actes homicides et jalousie. Cet état mélancolique est le diminutif de l'état plus violent auquel on a donné le nom de Delirium Tremens.

Delirium tremens ou délire alcoolique à fo
maniaque. C'est un délire des plus violen
Description rapide d'un accès. Il y a de
prodrômes de 15 jours ou 3 semaines, qui
sont souvent que la lypémanie alcooliq
ci dessus décrite.
Description détaillée de l'accès. Terreurs in
tives. Visions qui marchent. Animaux
insectes. Hallucinations de l'ouie qui pou
sent à l'action, besoin de se sauver, de fu
Le malade est conséquent avec son dé
lire, il veut échapper. Le malade peu
suspendre momentanément son délire
pour causer avec les assistants, mais
bientôt le délire intérieur reprend le
dessus. Ces accès sont d'une extrêm
violence, langue sèche, soif ardente
sueurs abondantes, profuses. Insomnie
absolue pendant plusieurs jours. Péri

de sommeil et de torpeur qui annonce la guérison après 24 ou 36 ans, reveil et retour à la raison avec souvenir très incomplet de l'accès malade très affaibli.

3° Etat d'obtusion et d'hébétude de l'alcoolisme chronique

Phénomènes physiques dans le système nerveux et dans les autres organes; ces phénomènes surtout bien étudiés par Magnus Huss qui a admis plusieurs formes ~~anth~~ anesthésiques et hyperésthesiques, fourmillements, engourdissements, ~~dou~~leurs, secousses, refroidissement des extrémités Formes parésiques = faiblesse musculaire surtout dans les extrémités des bras et des jambes, remontant vers le centre neau. Tremblement, fait capital. Au réveil diminuant plus tard, partiel ou général, commence par les extrémités, devient une trémulation générale = pour le reconnaître mettre la main sur l'épaule; tremblement

du cou et de la tête, muscles de la face, i
que, etc. Le malade laisse tomber les o
surtout les doigts, absence de précision et
coordination, il ne peut plus écrire, ni t
vrer à aucun travail délicat, dans d'a
tres cas, contractures, raideurs, convulsions
partielles et même attaques épileptique
qui peuvent durer, même après la cess
tion de la cause.

Fonctions diverses de l'économie. 1° d
gestion, dyspepsies, perte d'appétit, langu
sale, vomiturations, surtout le matin; p
tutes, phénomènes pénibles auxquels l
malade cherche à remédier en reprenan
de l'alcool; — plus tard, gastrites, e
térites ulcérations et lésions variées de
la muqueuse, coliques, diarrhées. Tra
vail de Lendet.

Lésions du foie; cirrhose; foie graisseux

rate. — Lésions des reins — Infl. des séreuses rhumatisme et delirium tremens.

Diagnostic différentiel. Délire maniaque, divers délires toxiques. — Paralysie générale, phénomènes physiques, symptômes psychiques et marche de la maladie, énumération des principaux signes différentiels.

Pronostic. Pas grave pour l'accès mais grave pour les rechutes pour l'individu lui-même et pour sa descendance.

Anatomie pathologique. Epaississements, opacités des méninges : analogies avec la paralysie générale et les lésions des vieillards. On arrivera plus tard à mieux déterminer les lésions spéciales à l'alcoolisme

Influence de l'alcoolisme sur les générations. Individus qui engendrent en état d'ivresse produisent des enfants atteints de diverses maladies maladies

nerveuses ou de difformités. Dr Contesse
et autres. Enfants qui meurent en bas â
ont des convulsions ou des méningites
Quand ils survivent ils sont imbéciles ou
idiots ou névropathiques, aboutissant a
prisons ou aux asiles d'aliénés. Ils son
remarquables pour leurs mauvais ins
ou leurs penchants vicieux. Ils sont cru
et l'on verrait des accidents plus gran
survenir chez les descendants, si la race
ne s'éteignait pas bientôt par les mort
en bas âge et par la stérilité des par
Médecine légale de l'alcoolisme. Au
teurs anciens et modernes de jurispru
dence ont deux points de vue bien diff
rents : Les uns circonstance aggravan
les autres circonstance atténuante. Il fa
distinguer l'ivresse et les divers degrés
de l'alcoolisme si l'individu, a agi

sous l'empire d'un accès de délire alcoolique ; il faut l'exonérer comme un aliéné mais ce sont les cas mixtes qui sont difficiles et il faut juger séparément chaque cas particulier. Il en est de même pour les testaments faits pendant les intervalles des accès.

Séquestrations. Mêmes principes. Il faut juger chaque cas particulier. Difficultés très grandes pour les sorties - Chaque médecin a un criterium différent à ce sujet. On ne peut poser de règle absolue, ni les renvoyer de suite, ni les garder indéfiniment enfermés. Donc, en résumé, pour la médecine légale, comme pour la séquestration, il faut se décider d'après les cas particuliers et ne pas poser de principe général et absolu.

Leçon sur l'Alcoolisme
en 1868 - 1869

Nous avons surtout à envisager l'alcooli
au point de vue du délire. Le délire al
coolique a été l'objet d'études nombre
est très fréquent et entraîne des consé
ces graves, au point de vue de la m
decine légale et de la séquestration.
Il doit être étudié dans l'alcoolism
aigu et dans l'alcoolisme chronique
et tenir compte des symptômes psy
ques et des symptômes physiques.
Le delirium tremens, l'une des forme
aigus a été étudié dès le commencemen
de ce siècle; en Angleterre, en Amériq
et en France depuis 1819. Mais l'alco
lisme dans son ensemble n'a été réell

ment étudié que depuis 1852, depuis Magnus Huss.

Conditions dans lesquelles se développe surtout ce délire. On l'observe partout mais surtout dans les pays du nord, Angleterre, Amérique, Suède, Norwège, etc etc Il faut considérer plusieurs conditions : 1° Idiosyncrasie du sujet. On n'a pas assez tenu compte de cette condition. C'est vrai pour l'ivresse comme pour l'alcoolisme qui different selon les individus. Ivresse gaie et ivresse triste, tendre ou querelleuse. Hérédité Moreau de Tours et Morel. Individus prédisposés ont une grande résistance à l'action de l'alcool. D'autres ont de la dipsomanie qui les conduit à l'intoxication. Il faut donc tenir grand compte des circonstances héréditaires et individuelles.

2° Nature de la liqueur ingérée. Le vi[n]
moins grave que l'eau de vie, et celle
moins que l'absinthe. Les uns soutienne[nt]
que tous les accidents sont dûs à l'alco[ol]
et les autres prétendent qu'ils différen[t]
selon les liqueurs. Expériences sur les a[ni]
maux. L'absinthe détermine plus de co[n]
vulsions, des accidents plus graves et
une mort plus rapide.

3° Mode d'administration. Boire
seul à jeun, le matin, c'est l'alcoolis[me]
le plus fâcheux. Le contraire existe pour
ceux qui boivent en mangeant. A Par[is]
on boit plus de vin que d'eau de
de vie et cependant, on s'alcoolise.
L'alcoolisme de Magnus Huss, en Suè[de]
avec l'eau de vie de pommes de ter[re]
est différent de celui de Paris.

Delirium tremens. Quelques mots

de l'ivresse et de l'ivrognerie.
L'alcoolisme aigu est connu sous le nom de delirium tremens : deux symptômes principaux, délire et tremblement. Le début n'est pas brusque généralement comme on l'a cru. Il y a des prodrômes qui n'échappent pas à un observateur attentif. Ils sont intellectuels et moraux et physiques. — tristes, moroses, ne peuvent plus remplir les devoirs de leur profession ; lacunes de mémoire, conscience de leur état, hypochondrie, symptômes surtout nocturnes, cauchemars, réveils en sursaut, perceptions subjectives avant d'avoir de véritables hallucinations. Hallucinations de la vue, surtout, la nuit. Besoin de mouvement, inquiétudes, angoisses, besoin de confidences ; hypochondriaques et inquiets.
Phénomènes physiques : Visions lumineuses, flammes, gerbes de feu, insectes, animaux, flammes, fantômes, fourmillements, engourdi-

sements, faiblesse et débilité musculaire, vom-
sements de pituites, laissent tomber les ob-
tremblement etc, etc.
Après 15 jours ou 3 semaines, de cet état p-
dromique, le délire éclate tout-à-coup,
l'influence d'une cause morale ou à la
suite d'une maladie aigue, variole, fièv-
typhoïde, pneumonie, rhumatisme et l-
délire prend alors un caractère très viol-
Les hallucinations de la vue dominent:
disposition à la terreur. Délire maniaqu-
des plus violents. Malade incoercible:
casse et brise, on est obligé de le ma-
tenir dans son lit; camisole indispen-
sable. Hallucinations de la vue et de
l'ouïe; le malade veut s'enfuir; ente-
des détonations de fusils; voit des spec-
tres qui marchent, des animaux, des
insectes. On veut le tuer, on le poursuit,
il veut se sauver, sort de son lit, passe

par la fenêtre ou par la porte, etc. — perceptions subjectives et hallucinations tout à la fois. Le délire dure plusieurs jours, pas de rémissions et pas de sommeil; sueurs abondantes, faiblesse générale, tremblement très général, quelquefois choréiforme; dans les lèvres, la face et tout le corps. Le plus souvent pas de fièvre; chaleur très vive dans des cas très aigus, sécheresse de la langue, soif ardente, sueurs abondantes. Malgré sa violence, ce délire a pour caractère de pouvoir se suspendre momentanément et alors le malade entre en communication avec les assistants. Le délire roule habituellement sur les occupations ordinaires du malade et sur les préoccupations qui ont précédé l'accès. Malgré cet échange d'idées avec les assistants, malgré la conscience pendant l'accès, il y a presque perte du sou-

venir après sa cessation. Dans la plupart des cas, après plusieurs jours de durée, ce délire aboutit à la guérison et se termine presque toujours par le sommeil. On a donné l'opium dans ce but mais il survient sans opium. Le sommeil prolongé est suivi d'a[illegible]ssement et de faiblesse physique, et de perte de souvenir mais on est étonné du retour rapide à la raison.

M. Delasiauve a noté une forme grave de delirium tremens qui peut aboutir à la mort. On hésite pour savoir si c'est un délire alcoolique ou une meningite. Ceci doit rendre réservé dans le pronostic. Magnan a signalé dans ces cas l'hémianesthésie et l'augmentation extrême de la température. Le Delirium Tremens souvent survient à la suite ou dans le cours des maladies aiguës et l'on hésite pour savoir s'il faut rattacher le dé[lire]

à l'alcool ou à la maladie fébrile. Ex: la pneumonie et le rhumatisme.

Délire alcoolique subaigu ou Mélancolie alcoolique.

Il y a des formes de délire alcoolique plus chroniques, moins étudiées et qui méritent de l'être. On voit dans les asiles des malades dans un état de mélancolie alcoolique qui ressemble beaucoup au délire de persécution et qui ont été décrits, par Lasègue sous le nom de délire alcoolique subaigu. Cet état succède quelquefois à plusieurs accès de délire alcoolique aigu et, quelquefois existe d'emblée et constitue par lui-même une forme très intéressante de délire alcoolique. Ces malades dominés par des hallucinations morbides de la vue et de l'ouïe croient qu'on les suit, qu'on les insulte, qu'on se moque d'eux dans les rues et sous ce rapport ressemblent à ceux qui sont atteints du délire de persécution essentiel, mais ils en diffèrent par l'ensemble des symptômes physiques et moraux qui appartiennent à l'alcoolisme aigu

que nous avons décrits tout à l'heure sous
forme violente et qui se produisent sous u
forme plus douce et à l'état de dimin
chez les malades subaigus. Hallucinatio
nombreuses de l'ouïe et de la vue, visions te
frantes, idées délirantes coordonnées sous form
de   incessamment ressassées
les malades panaphobie, besoin de fuir,
détonations, appréhensions et accusations, j
lousie, énormités, actes violents, homicide et
suicide. Cet état mérite d'être décrit av
soin et distingue par des caractères différen
tiels le délire de persécution essentiel par
symptômes par son pronostic et par sa
marche toute différente.

Alcoolisme chronique. Symptômes phys
ques. Magnus Huss a admis plusieurs
variétés, au point de vue physique, parmi
les prodrômes. On observe d'abord des phé
nomènes d'anesthésie et de paralysies par,

tielles. Dans ces cas, le malade ne délire pas encore, son intelligence n'est pas sérieusement troublée, il n'éprouve que des hallucinations passagères, des altérations de la mémoire mais les symptômes physiques dominent. Le malade a conscience de son état, vient trouver le mé_decin, accuse de la faiblesse dans les extrémi_tés inférieures et supérieures, qui se limitent au coude et au genou. Les phénomènes ner_veux sensitifs et moteurs, existent dans les extrémités des membres = anesthésies partielles ou hyperesthésies, douleurs, contractures, fourmil_lements, engourdissements. Tels sont les phéno_mènes habituels de l'alcoolisme, au début. La faiblesse des mouvements est ~~un~~ peu pro_noncée mais elle se manifeste dans certains actes; ne peut soulever des poids, laisse échapper sa fourchette ou son couteau, se bute en marchant contre les obstacles. — Après cette forme parésique ou prodromique vien_

nent les formes convulsives, paralytiques L'é-
pilepsie alcoolique qui ne diffère pas sympto-
tiquement de l'Epilepsie ordinaire. Elle g-
rit souvent mais peut persister malgré la
cessation de la cause. La forme paralytique
porte surtout sur les extrémités et est plu-
prononcée que dans la paralysie générale v-
Symptômes physiques des autres fonctions
Les lésions existent surtout dans le foie, les re-
et le cœur. Dans le foie cirrhose très fréquen-
chez les alcooliques, 26 sur 100. Foie gras
Il en est de même des reins pour la m-
ladie de Bright. Etat gras du cœur, hyp-
trophie graisseuse - Sang gras; alcool da-
le sang, sensible par la chimie, le micro-
cope et même au contact.
La marche des accidents alcooliques est
très variée, tantôt intermittente, tantôt
rémittente, la plupart du temps par sou-
bresauts. L'abus peut être continu, mais
les phénomènes ne sont pas constants. Il

peut y avoir des intervalles prolongés. Ce n'est
que plus tard, après plusieurs accès, qu'arrive
enfin l'état chronique continu. Le pronostic varie
selon la nature des phénomènes observés, et selon
les moyens d'hygiène employés. Malheureusement
la plupart des alcooliques continuent à boire et
le mal ne fait qu'empirer. Dans ces cas, le
pronostic est fâcheux, car on peut alors voir
survenir des accidents aigus qui peuvent
entraîner la mort. Dans d'autres cas on a
vu des natures énergiques, arriver à se corri_
ger _ sociétés de tempérance en Amérique et
en Angleterre. Mais en général, après plu_
sieurs accès, le mal empire, passe à plu_
sieurs accès l'état chronique et à la ca_
chexie, à une prostration générale et au dé_
veloppement des lésions organiques indiqués
ci dessus. L
Le diagnostic différentiel doit être fait à
diverses périodes. Le Delirium tremens doit
être distingué du délire maniaque et

des divers délires toxiques par les caractères
nous avons indiqués précédemment. La méla
colie alcoolique doit être distingué par les ca
tères énumérés plus haut du délire de per
cution essentiel.
Enfin, l'alcoolisme chronique, sous certaine
formes peut être confondu avec la paralysie
nérale. On doit chercher les éléments de d
gnostic dans les symptômes physiques, les
tômes psychiques et la marche générale
la maladie; tremblement général, emba
de la parole plus prononcé et différent.
tions des sens dans l'alcoolisme et
dans la paralysie générale; troubles subje
tifs de la vue, délire mélancolique ch
délire expansif, avec idées de grandeu
Cependant, dans quelques cas rares, le
gnostic est presque impossible.
Traitement. Dans la 1re période, op
bains prolongés, de plusieurs heures. M
thode expectante. Dans la forme chron

Magnus Huss a conseillé l'huile de lin.
Marcet a employé l'oxyde de zinc. Traitement
Suédois par l'alcool mis dans tous les aliments et cela peut provoquer les accidents que
l'on veut combattre.

Il reste à traiter deux questions importantes
pour terminer.

Influence de l'alcoolisme sur les générations
Question étudiée seulement dans ces dernières
dernières années. Moreau de Tours et Morel.
résultats intéressants; l'alcoolisme des parents est souvent cause d'imbécillité,
d'idiotisme, d'épilepsie, et de diverses
difformités, chez les enfants. On voit beaucoup d'enfants nés de parents ivrognes être
doués des plus mauvais instincts, portés
au vol, à l'incendie, au meurtre, à
la violence et peupler les asiles d'aliénés
comme imbécilles et les prisons comme
criminels. Ils présentent des signes
physiques et des signes intellectuels

et moraux : diminution de la taille, stéri
précoce, altérations et difformités de div
organes, bec de lièvre, strabisme, modifi
des organes génitaux, hernies, etc. Enfin la
plupart des enfants nés dans les condition
meurent jeunes dans les premières année
de leur existence. La race s'éteint ain
rapidement par la mortalité des enfan
et par la stérilité ultérieure de ceux qu
survivent. Les symptômes intellectuel
moraux consistent dans des facultés
coces, des aptitudes spéciales qui enf
de petits prodiges et qui s'éteignent
nent après la puberté. Au moral, les
lacunes ne sont pas moindres ; ils
les plus mauvais instincts, dès leur
enfance.

Médecine légale de l'alcoolisme. I
y aurait tout un chapitre à faire su
ce sujet qui a une grande importan

Deux opinions opposées sont en présence. Les uns regardent l'alcoolisme comme une circonstance aggravante et les autres comme une circonstance atténuante. Les uns les rendent responsables et les autres irresponsables. Dans les cas de délire caractérisé aigu ou chronique, la solution est bien simple. Ce sont des aliénés et, par conséquent, irresponsables. Mais ce qui est difficile, ce sont les les cas intermédiaires, où beaucoup d'auteurs admettent la responsabilité atténuée ou partielle, et les cas périodiques ou ré-rémittents, dans lesquels on peut admettre le retour de la responsabilité après sa disparition. Dans les cas d'alcoolisme chronique, il peut aussi y avoir des doutes sur la responsabilité dans certaines périodes. Mais ici, comme toujours il faut ~~toujours~~ observer l'individu tout entier et l'ensemble de ses symptômes

physiques et moraux et ne se prononcer q
sur l'histoire complète de l'individu d
chaque cas particulier.

Séquestration. Asiles spéciaux en Amériq
pour les ivrognes ; en France, on les met
dans les asiles d'aliénés quand le délir
est flagrant d'une durée suffisante, m
les difficultés existent pour la sortie. D
ou les faire sortir des asiles aussitôt apr
la guérison ou les tenir enfermés plus o
moins longtemps ou même indéfinim
Chaque médecin a, sous ce rapport, sa
jurisprudence et l'on ne peut pas étab
de loi absolue. Il faut se guider su
l'observation de chaque cas particulier

Divisions principales de mon travail sur l'Etat mental des Epileptiques

Préambule. Exposé rapide de l'état de la science sur ce sujet et du but que je me propose dans ce travail.

Etudier les caractères spéciaux du délire épileptique ses rapports avec les vertiges et les attaques convulsives et indiquer les conséquences de cette étude pour la pathologie mentale et la médecine légale.

Chapitre premier

Description des troubles intellectuels observés chez les Epileptiques.

1°. Troubles intellectuels passagers des Epileptiques, avant, pendant, et après leurs accès

2°. Etat mental des Epileptiques dans l'intervalle des accès.

3º Accès de délire plus prolongés méritan[t]
spécialement le nom de Folie épileptique su[bdi-]
visés en
1º accès de petit mal
2º accès de grand mal ou Manie avec fu[reur]
3º Caractères communs à ces deux genres [d'ac-]
cès

Chapitre II

Marche des troubles intellectuels de l'Épile[p-]
sie dans leurs rapports avec les accidents
épileptiques physiques de cette maladie.

1º Faits dans lesquels les accès de délire
sont directement en rapport avec les atta[ques]
épileptiques.

Avant les attaques et après.

2º Faits dans lesquels les accès de dé[lire]
se produisent chez des individus don[t]
l'épilepsie est méconnue ou n'existe [réelle-]
ment pas au moment où l'on observ[e]
ces malades.

résumé des diverses variétés de marche des ac_
cès de délire dans leurs rapports avec les phé_
nomènes physiques de l'Epilepsie ; vertiges
ou grandes attaques.

Chapitre III

Conséquences de l'étude du délire épilep_
tique pour la pathologie mentale et la
Médecine légale.

C'est un progrès pour la pathologie men_
tale d'avoir établi l'existence d'une folie
épileptique, ayant des caractères spéciaux
reconnaissables, même en l'absence des mou_
vements convulsifs ou des vertiges. Mais
c'est surtout utile pour la médecine légale
Irresponsabilité et responsabilité des épilep_
tiques, selon les moments et les caté_
gories étudiées précédemment. Intervalle
des attaques et pendant les accès. Cara
tères des actes des Epileptiques, carac_
tères des accès de grand mal et des

accès de petit mal qui servent puissam
le médecin légiste pour la démonstratio
de l'état maladif et de l'irresponsab
Capacité civile des Epileptiques. Mariag
Epileptiques. Séquestration.

Conclusions.

En médecine légale, on doit donc s'app
sur 3 ordres de caractères pour démo
trer l'état maladif et partout l'irre
sponsabilité des individus atteints de Foli
épileptique.

1°. Sur les caractères tirés de la marche d
accès de délire dans leurs rapports avec
cidents physiques de l'Epilepsie.

2°. Sur les caractères physiques et mora
des accès du délire dans le grand m
et le petit mal intellectuel.

3°. Sur les caractères des actes eux-
mêmes accomplis pendant ces accès
actes violents, anatomiques, instant
nés et non motivés.

C'est en s'appuyant sur cette triple base que le médecin pourra porter la conviction dans l'esprit des magistrats et rester médecin avec sa compétence spéciale au lieu de se faire avocat ou plutôt philosophe en dissertant sur les mobiles des actes et les limites arbitraires du libre arbitre.

Folie hystérique.

Existe-t-il une folie hystérique ?
Est-ce la même chose que la Folie chez la femme ?
(Morel et ses élèves, Bulart et Lachaux)
Par l'observation clinique on peut arriver à reconnaître l'existence de symptômes intellectuels et moraux spéciaux. Folie névropathique de Moreau de Tours, Folie hystérique de Morel.
Il faut distinguer 3 états successifs.

1° Caractère des hystériques.

Ils représentent en diminutif les traits principaux de la folie hystérique confirmée.
1° trait. Mobilité extrême de tous les phénomènes observés. Passage rapide de l'excitation à la dépression, d'une crise de rire à une crise de larmes.
Enthousiasme rapide, efforts inouïs pour arriver au but, puis, même avant de l'avoir atteint, passage brusque d'un extrême à l'autre, de l'amour à la haine, de la

sympathie à l'antipathie, du désir à la ré[illegible]
tion. En résumé, fantasques et capricieuse[s].
La sensibilité elle-même est pleines de co[n]
trastes. Elles restent froides et impassib[les]
en présence des plus grands malheurs et [...]
bouleversées par des <u>contrariétés</u>! C'est là [le]
mot magique qui peint les hystériques
mieux que tout autre. Elles se plaignent
constamment de contrariétés et réagisse[nt]
violemment contre ceux auxquels elles les [at-]
tribuent. Toute leur vie consiste à évi[ter]
les contrariétés.

2me trait. Esprit de contradiction et d[e]
controverse. Elles s'obstinent dans la ré[sis-]
tance, en paroles et en actions. On ne
peut parvenir à les faire céder. Obstin[a-]
tion et résistance passive vraiment m[er-]
veilleuses. Cette ténacité de volonté contr[aste]
avec la mobilité fréquente des idées et
des sentiments.

3me traits. Esprit de duplicité et de [...]

songe. Véritables comédiennes : pas de plus grand plaisir que d'induire en erreur. Elles exagèrent, non seulement leurs mouvements convulsifs, mais tous les mouvements de leur âme, leurs idées et leurs actes. Elles affichent des sentiments qu'elles n'ont pas, jouent la douleur comme la gaîté, l'amour comme la haine, affectent la sympathie et méditent la vengeance, des tours infâmes, des machinations infernales, calomnies pour ternir la réputation, mille ruses et histoires mensongères, et mélangent d'une manière inextricable le faux et le vrai. Elles inventent de véritables romans. La vie des hystériques est un éternel mensonge, affectent des airs de dévotion et font à l'intérieur les scènes les plus violes, tiennent les propos les plus obscènes et se livrent aux actes les plus désordonnés pour reprendre en public des airs de décence et de modestie affectées.

4me trait. Rapidité de production des

idées, des impulsions et des actes. Les idée[s] n'ont pas une lente incubation mais une éclosion subite. Elles paraissent et dispa[rais]sent comme dans un changement à vue. Une conception envahit l'intelligence et [la] domine en maîtresse absolue pendant [quel]que temps; puis elle disparaît aussi [vite] qu'elle a paru. C'est comme une plant[e] parasite qui ne peut trouver un sol fa[vo]rable pour se développer et prendre rac[ine]. Il en de même des impulsions qui so[nt] instantanées, non motivées, et pousse[nt] rapidement à l'action sans que l'on [ait] à résister à moins qu'un mobile pui[s]sant n'intervienne tout-à-coup, et alors elles peuvent subitement malgré la force de l'impulsion, de même qu[e] dans l'ordre physique, elles peuvent ralentir ou suspendre même leurs mou[ve]ments convulsifs.

Elles ont des mouvements violents d

patience et de colère disent des injures ou des paroles grossières, se portent à des actes violents et bruyants, frappent du pied la terre, renversent ou brisent un objet, déchirent leur mouchoir ou un objet de vêtement, donnent un soufflet, crachent au visage, se roulent par terre, etc etc.

5me Trait. Elles sont généralement romanesques et disposées à laisser prédominer les fantaisies de leur imagination sur les nécessités de la vie réelle. Enfin, elles sont souvent érotiques, quoique l'on ait évidemment exagéré cette disposition de leur nature, car elles sont plus souvent coquettes et vaniteuses que ardentes et passionnées.

Caractères des Folies hystériques.

1° Lucidité relative de l'intelligence.

2° Trouble profond des instincts et des s[entiments] : disposées à faire le mal, à nuire à torturer les personnes qui les entourent par des mensonges, des calomnies, des i[n]ventions sataniques. Elles mêlent le vrai [et] le faux et donnent une grande vraisem[blance] à leurs inventions

3° Violence et désordre des actes. Cynis[me] érotisme ; se déshabillent, se mettent to[ut] nues. Actes violents instantanés, se livr[ent] à des actes malpropres ou désordonnés, [boi]vent leur urine, mangent de la terre, [...] Elles changent d'apparence d'un mom[ent] à l'autre et trompent leur public en étant alternativement calmes ou désor[don]nées, selon les personnes devant lesqu[elles]

elles se manifestent.

4°. Indépendamment de ce désordre des actes, elles souvent des conceptions délirantes, fixes et résistantes, qui surgissent tout-à-coup, durent un certain temps et sont ensuite tout à coup remplacées par d'autres qui ont à leur tour, le même degré de fixité. Elles se croient enceintes, affirment avoir été violées, croient avoir un animal dans le corps, racontent une histoire absolument fausse comme étant réelle et en font un roman auquel elles croient comme à une chose vraie, et en portent la conviction dans l'esprit des autres au point de faire condamner des individus sur leur simple témoignage. Elles ont aussi, comme cela, des idées de grandeur.

5°. Ces malades se livrent à des actes instantanés de suicide ou de violence; elles avalent des épingles ou du verre, brisent

un verre ou une assiette, donnent un [sou]flet, déchirent tout ce qui leur tombe [sous] la main, se jettent par terre, poussent [des] cris perçants pendant plusieurs heures [se] déshabillent, se mettent toutes nues, etc.

Les troubles intellectuels existent surto[ut] chez les hystériques ayant peu de sym[ptô]mes physiques ou n'ayant que quelqu[es] symptômes isolés de l'hystérie, sans grandes convulsions.

6.° La marche de cette maladie est es[sen]tiellement rémittente. Elle se produit sous forme d'accès intenses mais relat[ive]ment courts, suivis de rémissions pro[non]cées, puis de rechutes. Le caractère hy[s]térique persiste dans les intervalles [et] le médecin doit être très réservé da[ns] le pronostic qui est grave dans ces [cas] que l'on croyait à tort très curables.

7.° Souvent, après plusieurs accès

successifs, après plusieurs sorties et rentrées dans l'asile, la malade tourne à la chronicité et tombe dans la démence précoce, avec grande faiblesse intellectuelle, salivation et état gâteux qui dure toute la vie, même des malades jeunes qui restent définitivement en démence avec paroxysmes d'agitation automatique et tendance aux actes violents instantanés. Ex. cités par Morel dans les études cliniques et souvent observés dans nos asiles.

Les Cérébraux

Analyse de l'Article de Lasègue.

— La médecine mentale est une branche de la pathologie cérébrale et une branche détachée du tronc finit par périr.

— Les affections cérébrales n'obéissent pas à des exceptionnelles et leur évolution se compren mieux en la comparant à celles des aut maladies

— Une femme à la suite d'une couche est a teinte de périmétrite. Elle guérit en app au bout de 2 ou 3 mois mais elle conse à l'état latent les reliquats de l'affec aiguë et elle garde de cette 1re atteinte susceptibilité et des aptitudes morbides qu'elle n'aurait pas eues sans cette 1re maladie.

— Un homme est renversé par une voi il en résulte une pleurésie par Ex, q

guérit mais qui laisse à la suite une pré-
disposition maladive s'imposant à toute son
existence. Le traumatisme laisse des traces qui
fournissent occasion plus tard à des maladies
analogues mais empruntent quelques carac-
tères spéciaux à l'infériorité de sa santé.
— Autre catégorie de faits. Un enfant naît
bossu ou le devient aux premiers âges de sa
vie. Quelle que soit sa déformation, sa poi-
trine n'est ~~pas~~ plus celle d'un homme sain
que celle de l'homme qui a été écrasé par
une voiture. Un côté se dilate, l'autre se
rétrécit; le poumon fonctionne mal. Eh
bien, si cet homme prend une bronchite,
n'a pas la même bronchite que les autres
hommes. Ces trois modes de début ont
leurs analogies dans les affections cérébrales.
Il y a des maladies secondes, chez les
individus dont l'état cérébral a été troublé
par des affections encéphaliques antérieures
et ces maladies secondes se présentent

avec des caractères qui leur sont propres.
— Un enfant tombe des bras de sa bonne, on
saigne, on lui applique des compresses froi
des sangsues derrière les oreilles. Il guérit
24 ou 48 heures, mais quelques semaines
quelques années après, il dort t moins, a
ques fantaisies bizarres. A l'âge de 7 ou
ans, ou plus tard, de 15 ou 18, il survient
des accidents cérébraux qui étonnent le m
cin et la famille et l'on prononce le m
de méningite, mais les symptômes ind
ne correspondent pas au type des mén
vraies — Il est dans les conditions de l
ployé des chemins de fer ou de la fem
en couches, cités plus haut. En vertu
sa blessure guérie, il n'est plus comme
autre et les accidents cérébraux se pro
sent chez lui sous une autre forme qu
lors du 1er accès.
Ici, il faut ouvrir une parathèse. Lor
il s'agit d'un enfant les choses ne se

sant pas toujours comme chez un adulte. Il y a
un élément particulier qui est celui du développe_
ment cérébral et qui peut modifier l'évolution
de la maladie en plus ou en moins. Il peut agir
soit en augmentant le défaut provenant de la
blessure, soit en l'atténuant, et il y a alors
lutte entre les deux facteurs.
Mais il n'en est pas de même pour un adulte;
un homme de 25 ans fait une chute de
cheval; on le relève sans connaissance et il reste
une heure ou deux. le chirurgien constate qu'il
n'y a ni fracture ni blessure grave et après
quelques jours, déclare le malade guéri.
Mais à partir de ce jour, il n'appartient plus
au chirurgien mais au médecin. Au bout
de 6 mois, un an, 10, 15 ans, la famille
s'effraye de désordres cérébraux mal carac_
térisés et consulte le médecin qui ne recon_
naît pas là les symptômes d'une maladie
cérébrale définie. C'est une affection secondaire
greffée sur une souche autre que celle de la
santé _ Et vous découvrez qu'il y a eu au

7.

un traumatisme cérébral qui a eu pour ré-
tat de faire du cerveau, un terrain sous-
rité avec le terrain cérébral d'un individ
indemne.

Morel a signalé les déformations des parti
molles de la face en rapport avec les infirm
mentales, mais il existe un indice supéri
à tous les autres, c'est la configuration ou
du crane. Si la voute du crane est mal c
truite, cela importe peu, mais si la portio
faciale est engagée, il n'en est plus d
même : la portion inférieure du cerveau
subit alors des compressions incompatib
avec son fonctionnement normal.

On peut affirmer en examinant un c
si un épileptique est devenu tel par
formation du crane, c'est à dire si l'épi
sie a débuté dans le jeune âge ou bie
est survenue plus tard.

Eh bien, si une déformation osseuse déter
l'épilepsie, une malformation moindre
s'accusera ~~des~~ par des accès ou des cri

plus ou moins analogues à la maladie comitiale.
Il existe donc une catégorie d'individus touchés
cérébralement ou ayant perdu leur virginité
cérébrale qui sont sujets par suite de ce piécé
dent à des affections cérébrales d'un ordre par-
ticulier. Je les appelle des cérébraux, et ce
mot, bon ou mauvais, est entré dès à présent
dans la langue médicale.
Pouvez-vous les reconnaître à certains signes,
viola la question.
Les cérébraux doivent être nettement distingués
des gens nerveux chez lesquels on trouve ni
une lésion traumatique ou spontanée antérieure
ni une malformation. Ces deux classes d'
aliénés trop souvent confondus doivent être
nettement distingués et en opposant les céré-
braux aux nerveux on jette une vive
clarté sur la pathologie mentale. J'aurais
voulu, sous ce rapport, suivre plusieurs
formes essentielles d'accidents cérébraux
secondaires, mais cela demanderait trop
de développements, et je me bornerai à une

seule espèce, empruntée à la pathologie m
tale ; Le délire par accès. Ce mode d'alié
tion se produit essentiellement et presque
exclusivement chez les cérébraux. Prenons u
Ex de choc cérébral sans traumatisme.
officier est frappé pendant une revue d'un a
dent cérébral, appelé coup de soleil ou insol
mot suffisant pour les gens du monde, m
non pour les médecins. En un mot, il a é
frappé d'une défaillance subite. On l'a ra
chez lui, appliqué des sangsues ou même sa
et, au bout de 3 ou 4 jours, il a repris s
service. Il paraît guéri et, cependant, si
interrogez son supérieur et surtout sa fem
on vous répondra que depuis cet instant
est devenu tout drôle, qu'il s'absente p
souvent qu'autrefois, que le travail lui
qu'il s'est mis à boire ou à fumer avec
excès, que son sommeil est excessif
insuffisant etc. En un mot, il a quel
chose d'inquiétant, il a une tare. C'es

un vase fêlé et, un jour ou l'autre, on constatera des symptômes plus accusés, des crises de délire ou d'excitation, des troubles multiples .

Autre Ex. Un enfant a été pris de convulsions, à 4 ou 5 ans, à l'âge où elles cessent d'être inoffensives. Elles se répètent deux fois puis elles cessent et il est considéré comme guéri. A partir de ce moment, il est entré dans la catégorie des cérébraux. Vers 13 ou 14 ans, il est au collège et on le voit changer tout-à-coup ; il devient mauvais élève se bute contre ses maîtres, on est obligé de le reprendre <u>chez</u> soi. On le croit guéri, mais il conserve des points défectueux : irritabilité sans propos, incapacité passagère de travail, perte de mémoire, perte de mémoire à certains moments, dépression ou excitation sans motifs et plus tard, tout-à-coup, il a une crise cérébrale.

Un de ces malades, l'officier ou l'enfant devenu homme, part un jour de chez lui, entre dans une Eglise et interpelle le prédicateur

en chaire. On le conduit au poste et là éclate un
accès d'excitation maniaque ou de délire aigu
l'on apprend que le matin il avait travaillé com
à l'ordinaire alors que c'est à midi qu'est
né l'aventure. Est-ce de l'épilepsie? Jamais
crise épileptique ni éleptiforme, pas de contrac
tions musculaires d'écume ni de resserrem
de pupille, ni de petit mal vertigineux
malade reste ainsi délirant pendant 8 ou
jours. On l'interne dans une maison de
et, au bout d'un mois, on le remet en
berté. Mais cette crise ne sera pas la
A partir de ce moment il appartient a
crises soit physiques, soit intellectuelles.
jour, en mangeant, il tombera, on le porte
dans son lit et ce sera fini. C'est une
crise transitoire comme dans la paralys
générale qui est le type des maladies
Ictus, qui procède par secousses et où l
sent qu'il y a quelque part une lésion q

s'éteint et se rallume. Les crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, le malade, en apparence guéri reprend sa vie habituelle.

Tantôt c'est un accès avec excitation génitale, le malade saute au cou d'une femme, l'embrasse et étonne sa famille par ces manifestations inattendues tout à fait contraire à sa nature et à ses habitudes.

Un autre pêche par ambition; il va chez un banquier placer son argent sur des opérations de fantaisie et peut ainsi gagner 100,000 Fcs en une heure. On prononce le mot de paralysie générale mais souvent on se trompe et 15 jours après le malade est guéri et vous nargue pour l'avoir considéré comme perdu.

C'est qu'en effet ces crises à forme paralytique, n'impliquent pas l'existence d'une paralysie générale vraie.

Il se peut qu'une circonstance accessoire favorise l'éclosion de ces accès délirants, par-

Ex. l'alcoolisme. Il est des gens qui n'ont
les signes classiques de l'alcoolisme, tremb
rêves, troubles gastriques et qui deviennent
rants, à la suite de la moisson. Ce sont de
rébraux par anticipation. Un verre ou deux
suffisent et ils ont une crise analogue m
non identique à celles des alcooliques. On v
par Ex, dans les asiles, des persécutés à
lucinations de l'ouïe qui, tout-à-coup,
terrifiés par des fantômes dûs à une infl
alcoolique passagère, et vous ne tardez
à apprendre que le malade s'est procur
la boisson malgré la surveillance.
Donc il existe un certain nombre de dé
rants, méritant le nom de délire, par a
et qui empruntent leurs caractères soi
au délire épileptique, soit au délire
niaque, soit à tout autre, mais à t
de complications ou de compléments.
guérison arrive rapidement, mais il n
faut pas se laisser induire en erreur

par les apparences ; ce n'est pas plus de l'épilepsie que de l'éclampsie n'est de l'épilepsie : ce sont des états épileptoïdes.

En résumé, lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fut-ce qu'un moment par une blessure, une lésion encéphalique ou une malformation, la guérison apparente n'est trop souvent que la suspension des accidents. Le malade

---

Il en est de même des délires typhoïdes qui surviennent par exception au 1er stade au lieu de ne se produire qu'au second septennaire, d'après la règle. Quand un accès de folie se déclare, il ne suffit pas de se borner à observer l'état actuel et à rechercher les causes morales déterminantes, il faut surtout les chercher dans les antécédents cérébraux des malades.

Un grand nombre de maladies encéphalitiques obéissent à une évolution confuse tantôt à progrès continu, tantôt, au contraire, suspendant leur marche pour la reprendre après une longue intermittence. En cela elles se conforment à la loi de toutes les maladies diathésiques, la goutte, le rhumatisme, la syphilis - Exemple tiré de la goutte - Il en est de même pour les maladies cérébrales. Si le choc initial a été violent, le malade pourra être déclaré cérébral et les phénomènes intellectuels ultérieurs pourront être expliqués par cette entrée en matière. Il ne

s'agira plus d'un hasard imprévu chez un
individu sain, mais d'un accident nouveau
survenu au cours d'une maladie qui sommeille.
Cette recherche préalable, toujours utile devient
indispensable quand il s'agit d'un désordre
mental qui ne rentre ni dans la classe des
névroses ni dans celle des maladies cérébrales
dénommées. Cette étude est encore à peine
ébauchée et j'ai eu pour but d'indiquer
chemin sans avoir la prétention de le tracer
encore moins de le parcourir.

En attendant, il me paraît possible dès à
présent, de discerner deux types, celui qu
je viens de signaler et un autre dont j'in
diquerai les principaux traits.

Dans la 1re catégorie se rangent les dé
impulsifs instantanés qui constituent un
variétés des vertiges épileptiques : tels ét
les cas de Thouviot et de Chabot (Arch.
méd. 1875 et 1878) tel est encore l'ex

suivant que je résume, comme Ex. de la même affection atténuée.

X 26 ans, robuste, sans déformation cranienne, employé comme homme de peine dans un magasin, reçut un sac de sucre du poid de 100 kilogr. On n'a que le temps de le sauver avant qu'il ait été écrasé par la pile des pains de sucre. Il ne perd pas connaissance et, ramené chez lui en voiture, et ce n'est que deux jours après qu'il entre à l'hopital d'où il sort trois mois après pour aller à la campagne chez un parent et revenir reprendre sa position très pénible chez un marchand de fers. Depuis le choc, maux de tête fréquents d'une façon intermittente et irrégulier. Il boit peu mais ne supporte plus le vin. Etourdissements sans perte de connaissance, sommeil bon ainsi que l'appétit pas de diminution de la mémoire, intelligence nette et un peu au dessus de la moyenne. A la fin de 1859, il fait la cour à une jeune fille qui refuse de l'épouser. Il se promène toute la journée,

rentre chez lui et tente de se suicider en se don-
nant deux coups de couteau dont les blessures
guérissent. Le 16 mars 1880, après avoir passé
la soirée avec un ami, il est repris de la pensée
du suicide. Il se promène sans but dans les ru[es],
s'arrête devant un poste de police et demande
à parler au brigadier de service sans savoir
qu'il aura à lui dire. On lui ferme la porte
il se porte un coup de couteau dans la poitrine
et en donne un autre au factionnaire dont
les vêtements sont à peine effleurés.
Interrogé par moi le lendemain matin, il se
montre très lucide, se rappelle très bien les fa[its]
de la veille et raconte conformément aux p[ro-]
cès-verbaux; pas de trace de folie ni de
déviation intellectuelle, mais un peu de paresse
d'esprit et une méfiance manifeste de soi-
même. En résumé, commotion cérébrale de
date connue, crise vertigineuse avec tentative
de suicide 5 ans après et, deux mois p[lus]

tard double tentative enfantine de suicide et de meurtre.

Supprimez l'origine cérébrale et tout est obscur dans cette observation, rétablissez la série en lui assignant son origine et la maladie rentre dans une classe à caractères définis.

Descendez encore quelques degrés et vous trouverez le délire par accès réduit aux modestes proportions d'un larcin insignifiant ou d'une divagation sans portée et l'on passera ainsi, par gradations insensibles, de l'assassin farouche au délirant inoffensif. Plus la lésion cérébrale domine, plus l'intérêt d'une analyse psychologique va décroissant. L'impulsion à l'Epilepsie quelques uns de ses caractères sans que l'individu ait été ou devienne épileptique et le travail intellectuel n'est pas annulé ni même suspendu, mais il est réduit à sa plus simple expression. Le point de vue de l'observation se trouve ainsi changé et cette inversion, au lieu de concentrer l'attention sur le délire n'en fait plus qu'un épisode. Le second type à signaler chez les cérébraux a pour

caractère de laisser dans les périodes lucides une
infériorité intellectuelle relative. Le malade au
intellectuellement habitué à faire des efforts d'i
gniatoire d'attention où il se complaît, éprouve
après la crise d'invasion une défaillance dont
a presque toujours conscience. Il est encore cap
des mêmes choses qu'autrefois mais pas avec la
tinuité. L'assiduité le fatigue et la curiosi
chez lui s'éteint. Après une heure ou deux
travail lui devient pénible et il éprouve une
sensation particulière de lassitude cérébrale
Aucun phénomène physique ne vient s'y jo
dre et il est encore, dans son impuissance
lative, supérieur à beaucoup d'autres. C'est
sur ce fond de léger abaissement intelle
tuel que se développent les accès ultérieurs
La famille méconnaît ce fond continue et
ne constate que les accès suraigus. Le m
decin découvre alors qu'un certain jour, u
attaque d'éblouissement a laissé chez lui u
trace profonde et durable, bien plus gran

que l'accident passager ne semblerait capable de la produire. Peu à peu, les crises subaigües réduites d'abord à de l'irritabilité sans motifs, semblent plus puériles. Les remontrances restent sans effet et cette indifférence, doublée d'obstination est un des signes essentiels de la folie. Si l'on n'envisage que l'étrangeté des accès, on n'en tire aucune conséquence utile. C'est l'état sous-jacent qui doit surtout éclairer le médecin. Un beau jour, l'accès bénin se métamorphose en une crise maniaque ordinairement courte et le malade déclaré aliéné n'appartient cependant à aucune classe connue. Pourquoi? parce que le médecin n'a pas assisté au commencement et que l'on a fait dater la maladie que du jour de l'internement sans tenir compte de l'incubation insidieuse qui a précédé. On ne tient compte d'abord que des deux accès délirants, tandis que les symptômes physiques, relégués au second point, devraient prendre le dessus et terminent souvent la scène pathologique.

Les faits de ce genre sont très nombreux et mériteraient d'être longuement racontés, mais

peut être ne les lirait-on pas ?
Combien existe-t-il d'autres variétés ? Je n'en sais rien, mais ce que je crois pouvoir affirmer c'est qu'en aliénation mentale toute étude se borne au fait actuel et n'embrasse pas la biographie cérébrale du malade est une étude à rejeter. Telle est la seule conclusion que je veuille tirer aujourd'hui de ce mémoire.

Leçons sur les Hallucinations

États physiologiques comparables aux hallucinations: rêve, somnambulisme, autres situations analogues de l'état normal. Hallucinations avec conservation de la raison. Exemples:
Hallucinations accompagnées de croyance à leur réalité, mais encore conciliables avec raison.
Hallucinations évidemment empreintes de délire.
Il n'existe pas d'aliénation constituée uniquement par des hallucinations mais il y a une aliénation partielle avec prédominance de ce phénomène. Trois degrés divers dans l'intensité de ce symptôme.

2me Leçon.

Des hallucinations dans la Manie, la folie chronique, la démence et l'idiotisme.
Formes diverses que revêt ce phénomène.
Hallucinations complexes formant tableau

tableau. Exemple : Association et isolement de[s] hallucinations des divers sens. Degré de fré[quence] de ce symptôme ; causes d'erreur qui ont fait exagérer cette fréquence. Hallucinations [de] l'ouïe, de la vue, du toucher, de l'odorat, [du] gout et hallucinations internes.

3me Leçon.

Trois théories sur la nature de l'hallucina[tion] théorie sensoriale, intellectuelle et mixte. [Ré]futation de l'opinion sensoriale ; arguments en [fa]veur de la nature intellectuelle du phénom[ène]. Toute théorie mixte est inadmissible par[ce] que les deux principes sont inconciliables. C'est dans les lésions de l'intelligence [qu']il faut en chercher la cause. L'état p[...] de l'esprit n'est pas un obstacle à ce[tte] explication. Analyse psychologique de l['hal]lucinations. Analogies et différences entre les illusions et les hallucinations.

Plan de la leçon sur les hallucinations

1°. Etude clinique
Etats physiologiques successifs.
Etude des hallucinations dans les formes diverses de la Folie.
Hallucinations de l'ouïe étudiées dans leurs variétés et dans leur évolution successive
Les 3 degrés du délire de persécution.

2°. Théorie de l'hallucination.
Trois théories:

1°. Sensoriale
2°. Mixte
3°. Intellectuelle
Vivacité de l'impression.
Spontanéité
refoulement dans le monde extérieur
Séparation entre le phénomène et le moi.
Absence de conscience du travail de

Conclusion :

Deux ordres de phénomènes

1° perceptions subjectives

2° Hallucinations vraies

Etiologie de la Folie circulaire.

Cette forme de maladie mentale est, après le suicide, la plus héréditaire de toutes. Elle participe à cet égard des caractères des Folies intermittentes, qui sont toutes très héréditaires.

On voit quelquefois cette maladie survenir à l'époque de la puberté ou à la suite d'une maladie aigüe quelconque et, en particulier de la fièvre typhoïde.

Chez les femmes, on cite également des Ex. de production de cette maladie à la suite de couches.

Mais toutes ces causes occasionnelles n'ont qu'une importance très secondaire et la véritable cause fondamentale de cette maladie mentale c'est l'hérédité et surtout l'hérédité similaire sous la même forme.

On a constaté en effet assez souvent la production de cette même forme de maladie mentale dans 3 générations successives et, pour ma part, j'ai déjà assez vécu pour voir la grand mère, la mère et la fille atteintes de

la même maladie.
Cette maladie ne se produit pas avant l'époque de
la puberté et quelquefois même, elle ne survien
qu'à une époque plus avancée de la vie; mai
en général, même dans ces cas exceptionne
elle a existé en germe presque dès la naiss
et en cherchant bien rétrospectivement dans l
antécédents des malades on retrouve des pé
alternantes d'excitation et de dépression
Cette forme de maladie mentale est bien
plus fréquente chez la femme, mais on
observe également de temps en temps des
chez l'homme et ils sont alors tout au
bien caractérisés

Symptômes physiques de la Folie circulaire

Les symptômes physiques sont plus nombreux qu'on ne l'imagine ordinairement et mériteraient une étude plus attentive à l'aide d'observations prises avec soin. Ils diffèrent pendant la période mélancolique et pendant la période maniaque.

Période mélancolique. La peau est sèche. il y a amaigrissement, diminution de l'appétit, ralentissement extrême de la circulation, mains bleuâtres et œdematisées, pieds froids, abaissement de la température, diminution des secrétions. En un mot toutes les fonctions semblent suspendues, comme chez les animaux hibernants pendant la période de sommeil. Dans les archives cliniques de Baillarger on cite une observation où le pouls était

descendu à 45 et où la température avait
tablement baissé. Il y a souvent aussi
dant cette période dégout pour les alimen
pouvant aller dans les cas extrêmes jusqu'
refus absolu.
Dans quelques cas extrêmes, la mélancolie
jusqu'à la stupeur.
Période d'excitation. Pendant cette périod
observe les phénomènes physiques précisém
inverses. Il y a exubérance de santé et
bien être. Toutes les fonctions physiques
surexcitées et d'une activité exagérée. A
pétit est excessif; les malades mang
continuellement et d'une manière malp
Il y a retour de l'embonpoint, face c
gestionnée, pouls vibrant et accéléré, e
gération de la force musculaire, absen
du sentiment de fatigue, insomnie, m
vement perpétuel et, de plus, dans le
cas extrêmes, quelques symptômes de

gestion qui peuvent même quelquefois faire croire à un commencement de paralysie générale, surtout lorsqu'il s'y joint un délire expansif optimiste, quelques idées de grandeur, la disposition aux achats, aux cadeaux, aux dépenses exagérées. Il y a alors quelquefois léger embarras de la parole, inclinaison légère du tronc d'un côté, titubation légère, etc, etc.

Ces symptômes congestifs qui se produisent de temps en temps, dans la folie circulaire, la rapprochant non seulement de la manie congestive de la paralysie générale, mais aussi des accidents congestifs, des folies raisonnantes, avec lesquelles cette période d'excitation a, du reste, tant d'autres points de contact.

---

14. 9bre 78.

Anatomie pathologique de la Folie circulaire.

On a eu rarement l'occasion de faire des [au]topsies de malades atteints de cette forme [de] maladie mentale. Ils meurent ordinaire[ment] à un âge assez avancé et dans tous les a[siles] on trouve quelques uns de ces malades [âgés] de 70 ans et même davantage. J'ai fai[t] à la Salpêtrière, autrefois, dans le servi[ce] de mon père l'autopsie de Mme Leroy [qui] avait été atteinte pendant de longu[es] années, de cette maladie et j'ai trouv[é] chez elle les signes d'une méningite [chro]nique (opacité et épaississement de[s] Méninges, sérosité sous-arachnoïdien[ne] etc, etc) Mais le cerveau lui-même

quoi que congestionné dans son ensemble, paraissait à peu près à l'état normal. Ce qu'il faut noter c'est qu'en général, ces malades meurent de congestion cérébrale ou d'accidents cérébraux aigus.

Ils ont des dispositions à l'apoplexie et aux accidents cérébraux de nature congestive, ainsi que l'indiquent quelques symptômes observés chez eux pendant la vie, surtout pendant les périodes d'excitation.

---

14 9bre 78

Historique de la Folie Circulaire

1° Dans l'antiquité, Aretée a dit que la Manie succédait souvent à la Mélancolie.

2° Des auteurs du 17me et du 18me siècles ont noté la succession fortuite et accidentelle de la Manie et de la Mélancolie.

3° Il y a des observations dans Pinel, Esquirol et leurs élèves, mais personne n'avait attiré l'attention sur ce fait de la succession régulière et constante chez le même malade.

4° Griesinger en 1845 s'est servi du mot Cycle appliqué à cette succession de la Manie et de la Mélancolie.

5° Mon père, dans ses cours, s'appuyant surtout sur l'Ex de Mr Dimé, de la chanoinesse et de la princesse Bibesco, a pro-

clamé le 1er qu'il existait des malades che
lesquels la mélancolie et la manie alternaie
et se succédaient régulièrement de manière
constituer un véritable cercle d'états malad

6° M. Baillarger, en 1854, à l'Académi
de médecine, a fait un mémoire sur la f
à double forme dans lequel il a rapporté
plusieurs observations de ce genre.

7° Quinze jours après (à la fin de Janvie
1854) mon père est venu réclamer la p
-rité de cette idée, dans un mémoire lu
l'académie de médecine en réponse à c
de M. Baillarger.

8° M. Baillarger a répliqué, à son tour
dans un autre mémoire publié dans le
bulletin, où il a cherché à établir 5 caté
-ries de faits distincts, selon que la suc
-sion des périodes était continue et n

interrompue, ou bien, au contraire, séparée par des intervalles plus ou moins longs. C'est là, en effet, la principale différence qui existe entre l'opinion de mon père et celle de M. Baillarger. Celui-ci prétend en effet qu'il peut exister des accès de Folie à double forme séparés par de longs intervalles de raison et tout à fait analogues aux accès ordinaires de Manie intermittente; de même qu'il peut exister aussi des cas dans lesquels il se produit un long intervalle de raison, entre l'accès de Manie et l'accès de Mélancolie et un autre intervalle également prolongé entre l'accès de Mélancolie et l'accès de Manie. Mon père, au contraire, croit que tous les faits de Folie à double forme rentrent dans la Catégorie de ceux qu'il a décrits sous le nom de Folie circulaire et qui sont caractérisés par la

succession régulière de 3 états constituant
jours un cercle complet. 1° Manie. 2° Mé
colie, 3° Intervalle lucide, puis, de nouv
Manie, Mélancolie et intervalle lucide.
L'observation seule d'un grand nombre de
faits de cette espèce pourra permettre de
prononcer sur ce point litigeux, mais, pour
je pense que dans la plupart des cas, l'opin
de mon père est vraie et que si l'on croit
l'existence d'un intervalle très prolongé
raison, c'est parce qu'il s'est produit pend
ce temps un cercle très atténué de Manie
de mélancolie peu accentuées et qui a pa
inaperçu pour les observateurs peu expéri
tés et peu attentifs. A la suite de ces
publications des observations ont été pu
dans divers pays, en France et à l'ét
ger et l'on a fait sur ce sujet des thè
et des articles de journaux ou de dictio
naire.

M. Legrand du Saule a défendu dan

les Annales, l'opinion de M. Baillarger et a publié un cas de guérison par le sulfate de quinine. Mr Geffroy a publié une thèse étendue avec une observation très curieuse recueillie à Charenton. On a publié, depuis lors, des articles assez nombreux, en France et à l'étranger (en Angleterre, et en Allemagne surtout) Foville a fait un article dans le dictionnaire de Jaccoud et Ritti dans le Dict. de Dechamb. Enfin, M. Baillarger et Lunier surtout ont attiré l'attention sur les rapports possibles de la Folie à double forme et de la paralysie générale, idée qui a été surtout défendue par M. Billod et reprise, dans un mémoire spécial, par un de ses élèves. M. Favre qui a publié sur ce sujet, un mémoire dans les Annales médico-psychologiques.

---

16. 9bre 78

Fréquence relative de la Folie circulaire dans le monde et dans les asiles. Causes d'erreur nombreuses qui font croire à sa rareté.

Lorsqu'on cherche à faire des recherches dans le personnel des asiles d'aliénés, surtout parmi les hommes, on trouve rarement des Ex bien caractérisés de Folie circulaire et l'on pourrait en conclure que cette forme de maladie mentale est relativement très rare et mérite peu par conséquent d'être étudiée. Elle est plus fréquente, il est vrai, chez la femme mais lorsqu'on en découvre 4 ou 5 exemples bien caractérisés et bien certains dans le service des femmes d'un asile d'aliénés, c'est certainement la moyenne de ce que l'on peut y rencontrer habituellement. Aussi comprend on très bien que cette forme de maladie ait passé inaperçue, d'autant

plus que pour l'observer convenablement il faut suivre les mêmes malades pendant de longues années et être attentif à la marche et à la succession des diverses périodes ce que peu de médecins ont l'habitude de faire surtout dans les maladies très longues et très chroniques.

On n'observe ordinairement les aliénés que dans les quinze premiers jours de leur entrée et on les laisse ensuite confondus pêle mêle avec les autres malades, chroniques, comme s'ils devaient toujours conserver les mêmes caractères de maladie et sans tenir aucun compte des transformations successives que peut présenter leur maladie. De plus, ces malades guérissent de l'accès de manie ou de l'accès de mélancolie et on les renvoie des asiles comme guéris d'un accès ordinaire de maladie mentale, sans savoir qu'ils ont présenté l'alternative des deux formes et sans prévoir que cette alternance continuera à se produire dans l'avenir

Plus tard, lorsque le même malade vient dans l'asile, on ne relie pas le présent au passé. On croit à une simple rechute de la maladie sous la même forme, ou sous une forme différente et l'on se borne à constater qu'un malade une 1re fois à l'asile pour un accès de Manie, rentre une 2me fois avec un accès de Mélancolie. On croit encore, à l'époque actuelle, à ces transformations possibles des maladies mentales et l'on ne croit pas encore assez à la marche fatale des maladies, commandée par des lois générales qui dominent toute la vie des aliénés, depuis leur naissance jusqu'à leur mort. De plus, on n'a pas le soin de s'enquérir exactement de ce qu'a été la vie du malade pendant son séjour dans la famille ou dans la Société. Si l'on fait cette recherche avec exactitude on découvrira qu'au lieu d'être réellement guéri et dans un état normal pendant son séjour hors de l'asile le malade a continué a présenter des phases successives d'affaissement et d'excitation plus modérées, et plus atténuées

que celles que l'on observait chez lui pendant s
séjour à l'asile, mais néanmoins évidente p
un véritable observateur et que le cercle des é
maladifs, au lieu d'avoir été brusquemen
terrompu comme on l'avait cru, s'est con
au contraire sans interruption.
Une autre cause d'erreur très fréquente su
c'est que l'un des deux états opposés peu
passer inaperçu et être considéré comme l
normal du malade, ce qui a lieu très fré
ment. On prend ainsi pour des actes
manie intermittente ou de mélancolie inte
tente de véritables accès de folies altern
Tantôt l'accès de Mélancolie et tantôt l
cès d'excitation passe inaperçu et est
pour l'état normal du malade. Et
si toutes les causes d'erreur existent
les malades qui ont été enfermés dans
asiles combien les rencontre-t-on plus
nent encore dans les cas bien plus fréq
de Folie à double forme qui existent da
les familles ou dans la pratique privée, e

l'on n'a jamais songé à considérer comme des cas d'aliénation mentale. C'est là, dans la pratique privée, dans la pratique civile, qu'il faut étudier réellement cette forme de maladie mentale, dans ses degrés les moins accusés et l'on découvrira alors que cette espèce de folie qui paraît peu fréquente dans les asiles l'est beaucoup plus en réalité qu'on ne l'imagine et que la description acquiert ainsi une véritable importance.

Diagnostic différentiel.

1°. — Dire qu'il y a beaucoup d'observations de Folie circulaire prises à tort pour des Folies raisonnantes (voir plusieurs observations dans le livre de Trélat)

2.° Etablir le diagnostic différentiel de la période mélancolique avec les diverses variétés de la Mélancolie avec stupeur, et de la période d'excitation avec la Manie ordinaire, la Folie raisonnante et la Folie hystérique

3.° Indiquer les causes d'erreur du diagnostic qui résultent de ce qu'un des Stades est très atténué et passe inaperçu. On croit alors à une manie simple ou à une mélancolie simple, l'autre état passant pour l'état normal.

4.° Etude comparative de la période d'excitation de la Paralysie générale au début

ou Manie congestive, et de la période d'exci
de la Folie circulaire, diagnostic différentie
souvent très difficile.

Diviser le chapitre du diagnostic
différentiel en trois parties

1° Diagnostic de l'état de Folie et de l'ex
de raisons

Dans le stade mélancolique comme dans cel
d'excitation. Il y a, sous ce rapport, des c
très difficiles, où il est presque impossible
décider s'il y a raison ou folie et par consé
responsabilité civile ou criminelle, ou possi
de séquestration. (Ex. la malade de Ch
ton dont m'a parlé le Dr Faure, pour
quelle l'état de Folie, malgré l'excitation
évidente, paraissait douteux)

2° Diagnostic de l'état dépressif et des di
verses variétés de la Mélancolie, surtout
la stupeur, et de l'état d'excitation
la Manie ordinaire, la Folie raisonnante

et la Folie hystérique. Pour cette dernière, il y a, dans les deux cas, disposition à la malveillance et inventions mensongères, mais dans la Folie circulaire, il y a réellement plus d'excitation maniaque vraie, de désordre dans les actes et de bizarreries de costumes, avec action de ramasser dans ses poches et dans ses tiroirs, que dans la Folie hystérique où les malades conservent plus d'apparences de raison, posent davantage, sont plus comédiennes tout en étant très disposées aux actes violents instantanés mais de courte durée et avec plus de calme habituel.

3° Diagnostic différentiel entre l'excitation de la Folie circulaire et la période expansive ou congestive de la Paralysie générale au début. Dans les deux cas, il ~~faut~~ y a sentiment de bien être et d'exubérance de santé et disposition générale à la satisfaction, mais dans la Paralysie générale les idées délirantes sont plus délirantes contradictoires

et il y a dans toutes un fond de démence qui
n'existe pas dans l'excitation de la Folie [illegible]
culaire.

Sujets à développer relativement au Délire de persécution

31. Juillet 83

1°. Réticences et formes de langage employées par les malades pour dissimuler leur délire, ne pas répondre aux questions qu'on leur pose et nier au besoin ce qu'ils ont avoué eux-mêmes dans des moments d'abandon ou de paroxysmes. En résumé, absence de franchise, négation, mensonge et dissimulation des persécutés. Je n'ai pas besoin de vous le dire, vous le savez aussi bien que moi. Tout le monde connaît ces choses là. C'est dans tous les journaux. On le répète partout à haute voix ou bien on le chuchote à voix basse dans les rues, etc etc.

Rire spécial et expression ironique et dissi-

mulée de la physionomie correspondant à cette [dis-]
position d'esprit et permettant de les reconnaître
à première vue dans un asile comme on recon[naît]
le masque des paralytiques chez les femmes.
2° Différences nombreuses entre les persécutés [chro-]
niques et les persécutés alcooliques.
3° Différences fondamentales entre les délires [ac-]
tifs de persécution de nature vésanique et [les]
aliénés persécuteurs qui sont des héréditaires [rai-]
sonnants n'ayant jamais d'hallucinations [et]
ne progressant pas du tout vers la démen[ce]
ni même vers la chronicité. Il ne faut
pas confondre non plus les persécutés ay[ant]
personnifié leur délire sur un seul indi-
vidu et les véritables persécuteurs qui so[nt]
des raisonnants et non des délires par[tiels]
(faire une sous variété des persécuteurs a[mou-]
reux, tels que Teulat, le malade de [...]
qui persécutait Mlle de Belleyme (v[oir]
Trésca) et la malade du service de M[...]
père à la Salpêtrière qui persécutait M[...]

Schneider et faisant avec lui du chantage et écrivant une lettre tous les jours)

4° Décrire les hallucinations génitales chez les persécutés chroniques, hommes et femmes, comme annexe important du chapitre oublié par Legrand du Saule, sur les troubles de la sensibilité générale chez les persécutés.

5° Faire l'histoire des persécutés en liberté.

6° Décrire les luttes intérieures qui s'établissent chez tous les persécutés entre le bien et le mal, entre les gens qui les font souffrir et ceux qui cherchent à les protéger, entre ceux qui leur donnent de bons conseils et ceux qui leur conseillent la haine et la vengeance. (voix bonnes et mauvaises conseillères, l'esprit de Dieu et l'esprit du diable, doubles voix ou voix triples, plusieurs voix qui se donnent la réplique, etc, etc.

7° Persécutés entendant des choses agréables en même temps que des choses pénibles ; système des compensations à suivre sous toutes leurs formes très curieuses à étudier.

8° Persécutés auxquels on dit des bêtises ou mots incompréhensibles, preuve de chronicité gra[...]
Vocabulaire. langage spécial, dialogue. doubles voix, écho ou répercussion de la pensée intérieure à l'extérieur; conversations mentales prolongées. Plu[s] voix dont on distingue le timbre et que l'on [con]naît comme voix d'hommes ou de femmes ou [ve]nant de telle ou telle personne connue.

---

31 juillet 83.

1°. Ecrire une note sur le malade Théodore de St Dizier dont parlaient hier Foville et Legrand du Saulle.

2°. Demander à M. Cotard, l'idée que je lui ai exprimée l'autre jour à propos du suicide, pour communiquer à Ritti et celle que je lui ai exprimée à lui-même pour son article hypochondrie.

3°. Ecrire des notes, sur les principaux détails, à développer sur les principaux détails le délire de persécution, à ses diverses périodes et, en particulier, sur les idées de compensation qui s'établissent souvent, dans les périodes chroniques, pour défendre les malades contre leurs persécuteurs et lutter avantageusement, avec plus ou moins de succès contre les influences malfaisantes. Il y a tout un chapitre à écrire sur ces influences favorables qui s'opposent fréquemment chez ces malades, aux influences fâcheuses ou funestes. C'est l'esprit du bien luttant contre

l'esprit du mal ou le bon génie contre le mauv

---

22 9bre 83

1°. Rechercher avec soin si le mot de délire de persécution se trouve dans Esquirol ? Je crois qu'il n'est entré dans la science qu'à une période ultérieure.

2°. Esquirol se sert toujours en parlant de la Mélancolie des trois mots de tristesse, crainte et défiance.

Or, le mot de tristesse correspond à la véritable mélancolie dépressive, inerte, muette, tendant plus ou moins à l'immobilité, à la torpeur, et à la stupeur qui ne sont que des degrés successifs de la dépression et de l'inertie physique et morale. Le mot de crainte ou d'anxiété, embrasse tous les états mélancoliques avec crainte, effroi, terreur et anxiété, c'est à dire les états de tristesse active avec mouvements incessants mais monotones, mobilité sans but.

gémissements, mouvements automatiques, c'est à
toutes les variétés des délires mélancoliques et
mélancolie anxieuse qui mérite une descript
spéciale.
Enfin, le mot de défiance correspond à la méla
lie ou monomanie active de Baillarger, c'est à
au délire de persécution, dans lequel le malad
est dominé sans doute par des idées de dép
de nature triste, mais, sans être un véritab
mélancolique, c'est à dire sans être inerte et
prostré, mais, au contraire très actif de cor
et d'esprit, luttant en paroles et en action
contre tout le monde extérieur, discutant
plaignant aux autorités, écrivant de longue
lettres et des plaidoyers, réagissait cont
ses ennemis, échangeant de maison, de
taurant, d'appartement, de domestiques et
prenant en grippe tous ceux qui l'entouren
s'isolant à la longue, pour mieux se pro
ger mais luttant alors par la pensée inte
les doubles voix et les conversations mentales
des interlocuteurs et des ennemis imagina

Cours de 1884

1.re Leçon. Critique de la classification régnante et formes nouvelles à lui substituer.

2me Leçon. Variétés de marche de la Paralysie générale.

3me Leçon. Folie circulaire ou à double forme.

4me Leçon. Délire de persécution. Décrit dans ses 4 périodes

5me Leçons. 3 Variétés nouvelles de la Mélancolie
1.° Variété dépressive tendant à la stupeur.
2.° Mélancolie anxieuse
3.° Mélancolie avec conscience ou sans délire (hypochondrie morale)

6.° Leçon Les Folies héréditaires et raisonnantes.

7.° Leçon Les États variés réunis sous le nom de délires émotifs.

8me Leçon Folies épileptiques, hystériques, hy-

-pochondriaques et traumatiques ou cérébraux de

4 Janvier 1884.

1° Ecrire une note sur la bifurcation des symptômes des maladies cérébrales à l'époque de la puberté.

2° Ecrire une note sur le vrai, le vraisemblable et l'absurde dans le délire

3° Ecrire des notes sur les faits principaux à noter sur les faits principaux à noter dans la description du délire de persécution, à ses diverses périodes.

4° Ecrire des notes sur les divers degrés et les diverses variétés du délire émotif et surtout sur ses caractères principaux qui se résument ainsi.

1° Il est lié à l'hérédité.

2° Il s'accompagne de conscience de son état et d'une telle lucidité qu'on peut se demander si ce n'est pas un simple état nerveux et si c'est réellement une forme de la folie.

3° Il ne s'accompagne jamais d'hallucinations d'aucun sens.

4° Il est essentiellement périodique et paroxy

tique.

5.° Il n'aboutit jamais à la démence et les mal[ades]
qui en sont atteints conservent toujours beauc[oup]
de lucidité, de raison et d'activité intellectuell[e].
C'est une des variétés de la mélancolie avec
conscience, de l'hypocondrie transformée en fol[ie]
de l'hypochondrie morale, de la folie raisonn[ante]
ou de la folie avec conscience. C'est une mal[a-]
die de la sphère émotive de notre être en r[espec-]
tant le côté intellectuel et le monde des idé[es].
C'est donc tout à fait distinct des méla[nco-]
lies et des monomanies d'Esquirol, tout
en étant un délire limité et partiel. C'es[t]
une variété liée à l'hérédité et caractéris[ée]
par de nombreuses lacunes, quoi que pla[cée]
dans la sphère mixte, dans la zone fron[tière]
de Maudsley et de Ball, située entre la
raison et la folie proprement dite.

1er Février 1884.

1° S'occuper des deux rapports de la Société de patronage.

2° Lire les deux mémoires du prix Aubanel.

3° Etudier la question des mesures légales à prendre pour les aliénés soignés à domicile par des parents ou par des amis

4° Etudier les diverses formes nouvelles de maladies mentales pour préparer la leçon sur le mouvement de la médecine mentale en France depuis 1840 jusqu'à nos jours.

5° Prendre des notes sur les diverses périodes du délire de persécution.

6° Ecrire à Ritti pour la réclamation de Mr Billod.

---

4 Février 1884.

Travaux à faire

1° Corriger les épreuves des deux rapports de la Société de patronage et les envoyer à l'impression.

2° Ecrire à Ritti pour la réclamation de M. Billod.

3° Prendre des notes sur les deux mémoires pour le prix Aubanel.

4° Préparer un discours sur les aliénés laissés en liberté et sur la surveillance légale des aliénés soignés dans leurs familles, ou par tiers.

5° Préparer le discours à faire à l'Asile Ste Anne sur le mouvement de la médecine mentale en France depuis 40 ans.

6° Ecrire des notes sur le vrai, le vraisemblable et l'absurde dans le délire.

7° Ecrire des notes sur la mélancolie an

ieuse opposée au délire de persécution.

8º Ecrire des notes sur les particularités nouvelles à signaler dans l'histoire clinique du délire de persécution

9º Ecrire des notes sur les troubles variés des fonctions génitales dans les formes diverses de la folie et surtout dans les folies lucides héréditaires et raisonnantes.

10º Ecrire des notes sur les signes de ~~la héréd~~ l'ordre physique et de l'ordre moral (stigmates qui peuvent servir à distinguer les folies héréditaires des folies acquises.

11º Faire l'histoire clinique des aliénés persécuteurs en se basant surtout sur les rapports médico-légaux de M. Lasègue.

12º Faire l'histoire clinique des ~~aliénés~~ transformations et des arrêts de développement cérébral qui s'opèrent à l'époque de la puberté chez les aliénés héréditaires (bifur-

cation qui conduit à la démence précoce ou à folie des actes ou folie raisonnante.

1° Faire une note médicale et psychologique sur la situation mentale différente de 10 personnes de caractères différents à la suite d'une même émotion morale d'un même fait matériel, la morsure d'un chien enragé, de même que M Lasègue a étudié plusieurs fois avec détails la situation mentale de plusieurs personnes de caractères différents à la suite d'un même fait, la perte subite d'une personne aimée.

Le chagrin produit des effets tout différents selon les personnes, de même que la même cause, le froid produit des effets différents selon les prédispositions individuelles (pneumonie, bronchite, rhumatisme, erysipèle, ou rien du tout)

19 mars 84

1° Lire avec attention mes cinq années de le[illegible]
faits à l'Ecole pratique.
2° Id des leçons de Ball.
3° Les ouvrages de M. Lasègue.
4° Le traité de Kraft Ebing.
5° Le traité de Clouston.
6° Le traité de Kraepelin
7° L'ouvrage de Morel.
8° Les mémoires du prix Aubanel sur
l'hérédité.
9° Divers mémoires sur les folies ém[illegible]
et les folies avec conscience.
10° Relire le livre de mon père et m[illegible]
discours sur les classifications et celui [illegible]
la folie raisonnante, ainsi que l'arti[illegible]
responsabilité

19 Mars 1884.

Plan général de la Leçon à faire à Ste Anne le 30 Mars.

1° Etat de la science mentale à la mort d'Esquirol en 1840, en se basant sur les 4 formes principales : la Manie, la Mélancolie, la Monomanie et la Démence. Ce qu'était alors l'étude de la paralysie générale.
2° Critique de cette classification que j'appelle une classification d'infirmiers, sans étiologie spéciale, avec beaucoup de vague dans la symptomatologie, et une absence complète de pronostic possible puisqu'il n'y avait pas d'évolution prévue des maladies. Or, sans étude de la marche naturelle des maladies, il n'y a pas de pronostic possible, ni de description précise et conforme à la

nature clinique, des espèces morbides. Or, ces
tendues formes morbides ne sont pas des e
vraies et naturelles, mais des états sympt
tiques artificiels sans évolution possible à prévoi
C'est la classification provisoire des Linné
des Tournefort et non la classification nat
d'un Jussieu.

Malgré ces défauts fondamentaux et esse
cette classifications subsiste encore aujourd'hui
apparence, mais combien elle est démolie en ré
dans la pratique et déjà remplacée en fa
par un classement tout différent dont o
n'a pas conscience mais qui existe réellem
dans la ~~quittance~~ pratique des générations
nouvelles ! L'édifice subsiste dans sa faça
mais tout l'intérieur du bâtiment a
transformé. Il n'attend que la main
dernier démolissement pour apparaître
entier à tous les yeux comme un édi
absolument nouveau ne conservant même

plus sa façade vieille et décrépite qui lui sert d'enseigne et de fausse décoration, comme un décors de théâtre!
La refonte complète du bâtiment s'est faite peu à peu derrière la toile, à l'insu des spectateurs par un travail latent et souterrain en quelque sorte et l'on n'attend plus que la main d'un nouveau machiniste pour lever la toile et faire apparaître à tous les yeux l'édifice nouveau qui se construit derrière la toile et qui est déjà à peu près achevé dans ses éléments principaux et n'attend plus que quelques compléments secondaires pour être tout à fait complété et apparaître dans tout son éclat comme une construction nouvelle ayant remplacé l'ancienne.

Seconde partie.

3° C'est là ce qui il faut maintenant démontrer dans la seconde partie de ce discours, en parcourant successivement les 4 formes principales de la classificatio régnante:
Manie,
Mélancolie,
Monomanie et
Démence, en prouvant que toutes ces formes sont maintenant détraquées, divisées en plusieurs catégories distinctes et dispersées dans des formes nouvelles qui se sont peu à peu traduites subreptiscement dans la science et qui ont agi peu à peu comme de véritables dissolvants vis à vis des formes artificielles et provisoires de la classification actuelle.
Ces dissolvants ont été surtout au nombre de six:
1° La Paralysie générale.
2° L' Alcoolisme.
3° La Folie circulaire ou à double forme

4°. dégénerescences de Morel.
5°. Les délires émotifs ou avec conscience
6°. Les Folies Epileptiques, hystériques, [illegible]
et traumatiques.

4°. Montrer avec détails comment les 4 form[es]
de la classification actuelle ont subi l'acti[on]
lente et successive de ces divers dissolva[nts]
et se sont décomposées peu à peu en plusieur[s]
espèces et variétés qui se sont séparées e[t]
ont été s'agglomérer autour de plusieurs
des nouveaux d'attraction qui se sont [for]més peu à peu et constituent en réalité
à présent, de nouvelles formes ou espèce[s]
plus naturelles qui se trouvent dès à p[ré]sent constituées à l'état d'unités dis[tinc]tes et différentes de celles de la classi[fi]cation régnante.
1°. La Manie est décomposée en 7 ou [8]
espèces.

2° La mélancolie en 4 espèces principales :

1° Délire de persécution

2° Mélancolie anxieuse

3° Mélancolie avec stupeur ou dépressive

4° Mélancolie sans délire ou avec conscience

sans compter la mélancolie alcoolique, celle de la paralysie générale et celle des affections cérébrales organiques.

3° La Monomanie des grandeurs est passée à la paralysie générale et à la dernière période du délire des persécutions.

Le délire partiel actif est passé au délire de persécution, et la monomanie impulsive ou d'actions est passée aux folies héréditaires, ou bien aux folies épileptiques, hystériques, traumatiques ou autres, mais la monomanie a complètement cessé d'exister, théoriquement d'abord et cliniquement ensuite

4° enfin. La démence est un véritable caput mortuum qui s'est dissocié et détruit peu à peu, pierre par pierre et qui s'est réparti dans les catégories suivantes.

1°. Démence paralytique

2°. Démence sénile

3°. Démence organique ou des affections cé[...]brales organiques

4°. enfin. Démence des Folies chroniques, qui [...] en réalité qu'une période chronique de t[...] les variétés de la Folie, telles que le déli[...] persécution, la Mélancolie anxieuse, etc, etc [...] mais qui n'est pas la terminaison oblig[...] de toutes les folies puisqu'il en est comme [...] folie circulaire, les folies émotives et les fol[...] héréditaires raisonnantes qui n'aboutissent [...] mais à la démence, c'est à dire à un [...]ble affaiblissement intellectuel radical [...] une oblitération complète des facultés in[...]tellectuelles qui, d'après Pinel et Esquirol [...]stituait le caractère essentiel de la Dém[...] soit primitivement, soit consécutive.

Après cet examen successif et détaill[...] des 4 formes de la classification régnant[...]

qui ont été successivement dissociées et démolies par un travail latent et continue depuis 40 ans, arriver à la dernière partie de la leçon c'est à dire au :

4.° résumé général ; montrer que la science est réellement changée et que, dès aujourd'hui, nous avons à étudier en médecine mentale.

1.° La Paralysie générale

2.° L'alcoolisme aigu, subaigu et chronique

3.° La Folie circulaire ou chronique ou à double forme.

4.° 4 variétés de Mélancolies

5.° Les Folies héréditaires ou raisonnantes, ou folies d'action = meurtre, vol, incendie, etc etc.

6.° Les Folies émotives ou avec conscience.

7.° Les Folies Epileptiques, hystériques, traumatiques etc. etc

---

28 Mars 84.

Plan du Discours

1° Remerciements au professeur Ball et a[...] sions faites aux divers cours cliniques an[...] ciens et actuel. Mon père et M. Baillarge[...] la Salpêtrière : Lasègue à la faculté et à [...] Salpêtrière.

Hommage rendu au professeur Lasègue com[...] initiateur de l'enseignement spécial offi[...] C'est lui qui l'a commencé et c'est lui qui [...] créé en France ; à lui en revient le véritabl[...] honneur !

2° J'ai cru utile de faire une leçon d'ét[...] rétrospective sur le mouvement de notre [...] spéciale depuis 40 ans. Il est utile de j[...] de temps en temps un regard en arrière [...] un coup d'œil d'ensemble pour se rendre [...] compte du chemin parcouru et des prog[...] accomplis

Notre science spéciale semble immobilisé[...]

et pourtant elle a marché beaucoup plus qu'on ne le croit. C'est ce qu'il convient de montrer.
Je me trouve placé, par naissance et par situation dans une condition spéciale qui m'a permis d'assister pas à pas à cette évolution lente et successive de la science depuis 40 ans et je crois utile pour les nouvelles générations de faire cette revue rétrospective, cette espèce d'inventaire des progrès accomplis jusqu'à notre époque.
Trois hommes surtout pendant ce long intervalle de temps, ont agi plus que tous les autres sur mon existence scientifique et ont exercé sur mes idées et sur mon esprit une influence prépondérante : Mon père et ses deux élèves favoris Morel et Lasègue. Je leur dois à tous les trois, au début de cette leçon, un hommage public d'admiration et de reconnaissance, et si la conférence que je vais faire présente quelque intérêt c'est à leurs leçons que je le devrai et c'est à eux que je dois en reporter tout le mérite.

1re Partie. Historique du mouvement scientifique

notre science spéciale en France depuis 1792 jusqu'à 1840, ou Impulsion donnée à la science par Pinel et par Esquirol, impulsion qui s'est communiquée à leurs élèves et qui dure encore aujourd'hui après 3 générations.

2me Partie. Etat de la science en 1840, c'est à dire à la mort d'Esquirol. Résultats acquis dans la science et dans la pratique.

Dans la pratique grand mouvement philanthropique manifesté par les soins donnés aux aliénés en France et dans toute l'E[...] par la création de nombreux établissements d'aliénés conformes aux idées de bienveillance et de philanthropie de nos maîtres et action bienfaisante de la loi de 1838 qui a favorisé l'application générale de tous ces principes d'hygiène, de philanthropie et de traitement.

Dans la science on peut signaler trois [...] Ecole anatomique, Ecole psychologique et Ecole somatique — Détails historiques

sur ces diverses tendances de la science.
L'Ecole de Pinel et d'Esquirol au point de vue scientifique peut se résumer dans les 4 formes de leur classification : Manie, Mélancolie, Monomanie et démence. Exposé rapide des bases de cette ~~methode~~ classification et critique de cette méthode artificielle. Je me résume en disant : c'était l'enfance de l'art. Ce n'était pas une classification médicale, ni naturelle puisqu'elle ne tenait compte ni de l'ensemble des symptômes ni de l'évolution naturelle des maladies. C'était une classification provisoire et artificielle reposant sur des caractères superficiels, sans idée de marche et partant sans diagnostic et sans pronostic possible ce qui (en dehors de la thérapeutique) est la base indispensable de toute théorie médicale. Ce n'était pas une classification médicale ni scientifique mais un véritable classement d'infirmier, reposant sur des états symptô-

matiques, provisoires comme l'état fébrile, la dysp
l'état typhoïde) et non sur des espèces nature
ayant des caractères communs, multiples en
hiérarchisés et une évolution possible à prévo

3me partie. Historique des modifications qu
ont été apportées peu à peu à cette classifi
par la marche naturelle des idées et la su
cession des temps. Le travail successif de d
molition s'est fait peu à peu sans bruit, sa
éclat, mais n'en n'a été que plus sérieux
plus profond et l'on s'étonne aujourd'hui
des différences profondes et fondamentales q
ce travail souterrain a produit à l'in
de ceux mêmes qui y ont travaillé et des
férences capitales qui séparent nos idées act
de celles qui régnaient en 1840.

Pour le démontrer il faut passer successivement en revue les points suivants.

1°. La Paralysie générale. Faire son histoire rapide depuis l'origine jusqu'à nos jours

1°. Bayle, Calmeil, Foville, Parchappe.

2°. Requin, Sandras, Brierre de Boismont, Duchenne de Boulogne, Baillarger Lunier

3°. Cette maladie constituée à l'état d'unité morbide spéciale en 1852 et 1853, à l'époque du mémoire de Lunier, des leçons de Baillarger, de ma thèse et de celle de Lasègue. Parchappe à la Société de 1859.

4°. Nouvelle phase à laquelle nous assistons depuis 1860. On démolit peu à peu ce que l'on a édifié. On constate des faits nouveaux.

1°. plus longue durée

2°. rémissions prolongées et presque complètes

3°. Variétés nombreuses de marche non seulement au début mais pendant tout le cours de la maladie.

Tout cela conduit presque à détruire l'unité

morbide, mais il ne faut pas aller jusque là, il faut conserver le type et faire des variétés, profiter des progrès mais ne pas détruire le travail de nos devanciers.

Baillarger admet deux paralysies générales. Lasègue proclame un genre avec plusieurs espèces. Moi je crois à la conservation de l'espèce mais avec plusieurs variétés de marche qu'il convient de décrire séparément - En résumé, l'histoire de la Paralysie générale est à refaire. Il faut faire pour les scléroses cérébrales le même travail de décomposition qui a été fait pour les scléroses médullaires.

2° Alcoolisme, aigu, subaigu et chronique, second dissolvant introduit dans la pathologie mentale pour détruire la classification régulière. Delirium tremens de Sutton, Royer, Lasègue etc. Alcoolisme chronique de Magnus Huss. Alcoolisme subaigu de Lasègue: travaux de Magnan et de beaucoup d'autres contemporains.

Les troubles intellectuels observés dans l'alcoolisme présentent les 4 variétés de la classification d'Esquirol : Manie, Mélancolie, Monomanie et Démence.

3° Folie circulaire ou à double forme historique et exposé rapide de cette forme qui est la négation de la classification régnante puisqu'elle réunit deux formes en une seule.

4° Folies, hystériques, épileptiques et hypochondriaques qui ont des caractères spéciaux et se détachent de plus en plus des formes admises par Esquirol. Epilepsie Larvé.

5° Délire de persécution détaché de la Mélancolie : Etude rapide de ce délire à ses diverses périodes comme forme distincte et spéciale.

6° Etudes de Morel sur les dégénérescences et les Folies héréditaires entraînent des modifications profondes et tout à fait fondamentales dans l'étude des monomanies instinctives et des Folies raisonnantes. C'est la découverte d'un nouveau monde

monde fécond en conséquences qui se dérouleront de plus en plus et modifieront peu à peu de plus en plus profondément toute la pathologie mentale et qui ont déjà bouleversé toutes les monomanies instinctives et les folies raisonnantes.

7.° Folies sympathiques ou en rapport avec diverses causes, siphilitiques, saturnines, etc. ou liées à diverses maladies somatiques.

8.° Enfin les cérébraux de Lasègue et les folies par accès qui sont un nouvel horizon ouvert sur les folies à courts accès et à répétition et surtout pour la médecine légale.

9.° Les Folies émotives et avec conscience. Maladie du toucher, agoraphobie, obsessions, idées qui s'imposent et doute. etc.

Résumé général. La science est donc, en réalité absolument changée depuis 40 ans. De nouveaux horizons ont été ouverts, des terrains non encore défrichés ont été abordés et font espérer d'abondantes moissons. Un nouveau monde commence à se découvrir

et à être entrevue à l'horizon de notre science et l'on commence à voir se dégager un certain nombre de formes et d'espèces nouvelles qui étaient entièrement inconnues de nos devanciers! Le vrai progrès est là! Découvrir de nouvelles espèces naturelles, à la place des anciennes qui sont de plus en démolies et à l'état de dissolution. Un monde nouveau se lève et l'époque de transition et de transformation à laquelle nous avons assisté et pendant laquelle il s'est fait un travail souterrain et latent considérable touche à sa fin. Un nouvel ordre de choses va surgir. Le vrai progrès n'est pas dans l'Ecole anatomique qui n'a pas encore pu donner de grands résultats; il n'est pas dans l'école psychologique qui a donné tout ce qu'elle pouvait qui est stérile et pleine de mécomptes. Il n'est pas dans l'Ecole somatique qui ne peut fournir que des éléments accessoires et secondaires dans la pathologie. Il n'est pas dans l'Ecole Etiologique absolue qui est trop obscure pour pouvoir donner des résultats vraiment pratiques.

Le Progrès est dans la Méthode essentiellement clinique des espèces naturelles, basées sur un ensemble complexe de symptômes physiques et moraux et sur une marche possible à prévoir comme nous commençons déjà à en posséder plusieurs dans la pathologie mentale et à en apercevoir plus ou moins distinctement d'autres dans un avenir plus ou moins rapproché. Oui il existe dans la pathologie mentale, comme dans la pathologie ordinaire de véritables espèces morbides, susceptibles de description et de classement comme dans les autres maladies et comme dans les espèces de l'histoire naturelle ! Le progrès consiste à les rechercher, à les décrire et à les séparer les unes des autres par des caractères vraiment cliniques. Nous en connaissons déjà plusieurs qui n'existaient pas en 1840 et qui étaient inconnus à nos maîtres et à nos prédécesseurs !

Donc la science a marché depuis 40 ans sans que l'on s'en aperçoive sans qu'on s'en doute et sans qu'on s'en aperçoive.
La façade extérieure de l'édifice est encore conservée et fait illusion complète sur les modifications profondes qui ont été accomplies peu à peu dans l'intérieur de l'édifice.
Toutes les cloisons intérieures, toutes les séparations artificielles, tous les détails intérieurs de l'aménagement et de la distribution des appartements et des étages ont été détruits de fond en comble et l'on voit apparaître l'intérieur de nouvelles distributions, de nouveaux aménagements qui viennent peu à peu remplacer les anciens, au milieu du du chaos et de la confusion générale des démolissions successives. On n'attend plus qu'un nouvel architecte qui fasse sortir de ce chaos un nouvel édifice autrement distribué et autrement ordonné, et qui après avoir réorganisé l'intérieur de l'édi-

fie démolisse enfin la façade pour en faire ap-
paraître une nouvelle qui se prépare peu à
peu derrière la toile ! Nous sommes encore à
l'époque des Tournefort et des Linnées et
nous attendons un Jussieu !

---

20 Mars 1884.

Notes à prendre

1°. Mon père.

2°. Morel.

3°. Lasègue

4°. Historique de Pinel et d'Esquirol depuis 1792 jusqu'à 1840

5°. Trois Ecoles : 1°. Anatomique, 2°. psychologie. 3°. Somatique.

Ajouter l'Ecole Etiologique et l'Ecole clinique

6°. La Manie.

7°. La Mélancolie

8°. La Monomanie

9°. La démence

10°. Variétés à introduire dans chacune de ces formes anciennes.

Les Formes nouvelles

11°. La Paralysie générale

12° L'alcoolisme aigu, subaigu et chroni[que]

13° La Folie circulaire et à double forme.

14° Le délire de persécution

15° Les Folies héréditaires et les dégénér[és]
Folies raisonnantes.

16° Les Folies hystériques, épileptiques e[t]
hypochondriaques

17° Les Folies toxiques, sympathiques e[t]
traumatiques. Les cérébraux et les foli[es]
d'accès de Lasègue.

18° Les Folies avec conscience, et tous [les]
états émotifs. Folie du doute, Folie du
toucher, hypochondrie ~~nouvelle~~ morale
tendance au suicide, claustrophobie
Crainte d'être seul, crainte de s'endorm[ir]
Agoraphobie, obsessions et idées qui s'im[-]
posent (Zwangs Vorstellungen, de
Westphal,

Leçons à faire.

1° Variétés de la Paralysie générale

2° Alcoolisme

3° Délire de persécution

4° Mélancolie anxieuse

5° Mélancolie avec stupeur.

6° Mélancolie avec conscience ou hypochondrie morale.

7° Folie circulaire

8° Folie épileptique, hystérique et traumatique.

9° Folies héréditaires

10° Etats émotifs.

---

8 . 9bre 1884.

Plan de la Leçon du 9 9bre.

1° Quelques mots sur les cours qui ont pré[cédé]
à l'hospice de la Salpêtrière. Hommag[e]
à mes trois maîtres : mon père, Laség[ue]
et Morel, les trois hommes qui ont [...]
influé sur toute ma vie scientifique. Q[uel-]
ques phrases sur le but du cours de ce[tte]
année.

1re Partie

Historique rapide de la médecine menta[le]
antiquité, moyen-âge, 18me siècle.
— Pinel et Esquirol.
Oeuvre philanthropique.
Oeuvre scientifique
(Principes dominants) chez Pinel et [...]
sur Esquirol.

— réaction anatomique des élèves en 1816 : Influence de Broussais et de Gall ; naissance de la Paralysie générale : historique rapide.

Trois Écoles :

1.° Anatomique ; ses avantages et ses inconvénients.

2.° Psychologique : Idem ses apparences de vérité et ses défauts

3.° École somatique allemande. Idem.

4.° Méthode Étiologique
Insuffisance

A ces écoles il faut substituer l'École clinique de l'ensemble des symptômes physiques et moraux et de l'évolution des maladies : l'histoire des espèces naturelles au lieu de l'histoire de la folie en général

2.me Partie

Examen des Formes de la classification de Pinel et d'Esquirol :

Manie,
Mélancolie

Monomanie,
Démence.

13 9bre 84.

Travaux à lire pour la Leçon sur la Paralysie générale.

1°. Ma thèse.
2°. Mon discours à la Société psychologique en 1859.
3°. Les 5 leçons sténographiées de mes cours à l'Ecole pratique.
4°. La thèse de Lasègue en 1853 et les 4 leçons publiées dans son ouvrage posthume.
5°. L'article de Foville dans le dictionnaire Baillière.
6°. L'article de Ritti et Christian dans le Dictionnaire de Dechambre

7.° L'article de Magnan dans Valli[illegible]

8.° Les deux discours de Parchappe en 1859 dans les Annales.

9.° Mon discours sur les Variétés clin[illegible] de la Paralysie générale, au congrès [illegible] 1878.

10.° Les notes que j'avais prises sur ce[illegible] diverses variétés avant de prononcer [illegible] de rédiger ce discours.

---

13 9bre 1884.

Leçons sur les Variétés de Marche de la Paralysie Générale.

Diviser la leçon en trois parties
1.° Historique de la Maladie divisée en 4 périodes

1.° phase de complication
2.° phase de paralysie sans délire
3.° phase d'unité morbide
4.° phase actuelle de destruction progressive de l'unité morbide

1.° Dualité de Baillarger
2.° Multiplicité des formes de Lasègue
3.° Unité de forme avec diversité des variétés que je propose actuellement

2me partie.

Description de la forme commencée au type

actuel, divisée en quatre périodes

1° Prodromes

2° Invasion et entrée dans les asiles

3° 2me période

4° 3me période ou terminaison et mort

3me partie.

Description des variétés de marche de la maladie.

1° Variété congestive

2° Variété mélancolique

3° Variété paralytique

4° Variété médullaire

5° Variété expansive

6° Variété épileptique

7° Variété maniaque

Congestive avec rémission très ma[rquée]

Conclusion

Il faut conserver l'unité générale de l[a]

maladie jusqu'à nouvel ordre mais il faut admettre et décrire des variétés de marche depuis le début jusqu'à la terminaison et non pas seulement dès le début.

L'histoire de la Paralysie générale est à refaire, il faut faire pour les scléroses cérébrales ce que l'on a fait pour les scléroses médullaires.

---

23 9bre 84.

Plan de la Leçon sur la Folie Circulaire.

1° Historique depuis les anciens jusqu'à nos jours.

2° Description symptomatique de la maladie

1° Période de dépression

2° Période d'excitation

3° Passage d'une période à l'autre ou intervalle lucide

3° Marche générale de la Maladie

1° Evolution de l'accès

2° Evolution générale

4° Diagnostic différentiel

1° avec la manie ou la Mélancolie périodique.

2° avec la Folie hystérique ou rai

sonnante

3.° avec la paralysie générale

5.° Étiologie. Hérédité ; age, sexe. fréquen[...]
dans les asiles et bien plus grande dans [...]
monde.

6.° Pronostic, grave, mais on peut espér[...]
des suspensions ou des atténuations, pas [...]
passage à la démence.

7.° Traitement, peu efficace ; combattre les sy[...]
tômes.

8.° Médecine légale. très difficile à cau[...]
des cas légers qui ne sont pas encore ou
ne sont plus de la Folie

---

23 9bre 1884.

Plan de la Leçon sur la Folie circulaire.

1.° Historique depuis les anciens jusqu'à nos jours.

2.° Description symptomatique de la maladie

1.° Période de dépression

2.° Période d'excitation

3.° Passage d'une période à l'autre ou intervalle lucide.

3.° Marche générale de la maladie

1.° Evolution de l'accès

2.° Evolution générale de la maladie

4.° Diagnostic différentiel

1.° Avec la manie ou la mélancolie périodique

2.° Avec la folie hystérique ou raisonnante.

3.° avec la paralysie générale

5.° Etiologie : Hérédité : âge, sexe. Fré[quence]
dans les asiles et bien plus grande dans
le monde

6.° Pronostic grave mais on peut espérer
des atténuations

7.° Traitement : peu efficace

8.° Médecine légale très difficile à cause
des cas légers qui ne sont plus de la f[olie]

Historique de la Folie circulaire

Cet historique est bien fait dans l'ouvrage de Ritti

1° Mentions de l'alternance dans les auteurs de l'antiquité

2° Id dans les auteurs qui ont précédé Pinel

3° Dans Pinel et dans Esquirol.

4° Dans les élèves directs

5° En 1854 mon père et Baillarger. (Discussion sur la priorité à l'académie de médecine)

6° Développement de cette question depuis cette époque : Legrand du Saulle ; discussions de Baillarger. Auteurs allemand : Griesinger, Ebing, L Meyer, Dittmar, Kirn, Schüle, etc.

7° Ouvrage de Ritti, et de Nordet (Prix à l'Fabret à l'Académie.

8° Mon mémoire dans les Archives.

9° Leçon de Ball.

Diagnostic de la Folie circulaire

Le diagnostic de la Folie circulaire paraît très facile à première vue. Quand les accès sont bien caractérisés et surtout quand on a pu observer plusieurs accès. Quand on a vu se succéder par Ex. chez un aliéné des accès de Mélancolie et des accès de Manie, d'une manière régulière, le diagnostic est certain. On peut alors affirmer que le malade continuera à présenter des accès de Folie à double forme pendant toute sa vie, soit d'une manière continue, soit avec des intervalles de rémission plus ou moins prononcées. Mais il n'en est pas de même quand on assiste à un premier accès de Folie à double forme, surtout quand on n'assiste qu'à un des stades de l'accès, et c'est ce qui explique pourquoi cette maladie est restée si longtemps ignorée. On voyait des malades mélancoliques; on les classait parmi les

mélancoliques. Les malades sortaient de l'asi[le]
rentraient dans leurs familles. On ne savait
pas qu'ils avaient eu une période mania[que]
après leur période mélancolique. De même
pour les maniaques. De sorte que très sou[vent]
on a classé ces malades parmi les mélanc[oliques]
et les maniaques sans tenir compte de l'[u]-
nion et de la coexistence des deux formes.
Dans d'autres cas, le diagnostic est diff[i]-
cile parce que l'un des deux stades est
atténué, tandis que l'autre est très inten[se].
Il y a des malades qui ont des accès [de]
manie des plus violents et dont le stade
mélancolique est très atténué, très affaibli,
de sorte que pendant cette période ils pass[ent]
pour des aliénés en état de guérison. On
renvoie ces malades dans leur famille,
après la guérison de l'accès de Manie
et l'on ne s'aperçoit pas que cet état
de Manie est suivi d'une période

de mélancolie très caractérisée.
L'inverse a lieu dans d'autres cas. Il y a des cas, en effet, où c'est l'état mélancolique qui domine, tandis que l'état maniaque passe inaperçu. Il y a donc déjà de grandes difficultés, rien que pour constituer la maladie appelée Folie à double forme ou Folie circulaire. Mais le diagnostic est également difficile à d'autres points de vue. Il y a des malades dont les accès sont si peu intenses, si peu caractérisés qu'ils passent absolument inaperçus. Il y a souvent dans le monde des personnes qui passent pendant toute leur vie, par ces états différents, sans passer pour des malades, bien loin de passer pour des aliénés. Il semble que ce sont là de simples variations de caractère. Pendant plusieurs mois ces malades sont tristes; ils s'isolent, ne font aucune visite, ne reçoivent personne, s'enferment dans leur chambre, quelquefois même restent au lit.

mangent peu, vivent à l'écart, tout en un[...]
dans un état évident de mélancolie dépressi[...]
mais cet état de maladie passe inaperçu[...]
On croit que ces malades cèdent à un capri[...]
à une variation d'humeur et on n'y atta[...]
che aucune importance. On ne voit pas en c[...]
des malades. On n'observe pas surtout q[...]
3 ou 4 mois après, ces mêmes malades, cha[...]
gent complètement d'état, qu'ils deviennent
d'une activité étonnante, extraordinaire.
Ils vont et viennent, font des visites, écriv[...]
des lettres, se livrent aux actes les plus [...]
rés, font des voyages, des spéculations, on[...]
en un mot une activité exagérée. Ils écri[...]
vent et font des mémoires; il en est m[...]
qui font des communications à l'institut[...]
En un mot, ils ont un mouvement incessant
et il y en a beaucoup comme cela dans le
monde. Puis, après 4, 5 ou 6 mois ils
retombent dans une période d'accalmie

et d'inertie. Alors, ils ne font plus rien, ne voient plus personne, s'isolent, s'enferment dans leur chambre et vivent à l'écart. Ces malades, selon les moments où on les observe ressemblent à deux hommes différents dans le même corps. Il semblerait que deux personnalités différentes se succèdent chez le même individu, fait vraiment bien extraordinaire et que l'on observe dans toutes les classes de la société. Eh bien, dans ces cas, la maladie passe inaperçue. On croit à une simple variété de caractère et dans la plupart des cas, du reste, on n'observe que l'un des deux états. L'un d'entre eux est seul constaté par le public ou par les familles; tantôt c'est l'état de mélancolie et tantôt l'état d'excitation. Pendant l'excitation, leur intelligence est surexcitée; ils ont plus de facultés qu'à l'état normal, font même quelquefois des découvertes, trouvent des points de vue nouveaux qui frappent l'at-

tention. Loin de les considérer comme des mal[ades]
on les remarque au contraire comme des êtres
intelligents, doués de facultés exceptionnelles.
Plus tard, ils tombent dans la mélancolie
mais personne ne les voit dans cet état.
Il y a donc là une difficulté de diagnostic
très considérable. Une autre difficulté pour
diagnostiquer l'état d'excitation consiste à
le différencier de l'état d'excitation hysté-
rique raisonnante que nous avons décrit précé-
demment. Il y a, en effet, certaines hysté-
riques raisonnantes dont l'état mental
ressemble singulièrement à celui des malades
de Folie circulaire. Les hystériques inventent
des histoires mensongères et ressemblent
beaucoup aux malades qui se trouvent
à une certaine période ou à un certain
degré de l'excitation circulaire.

Dans d'autres cas, l'analogie paraît

paraît complète et l'on ne peut alors arriver à un diagnostic certain par la seule observation de l'accès à un moment donné. Il faut donc se baser sur l'évolution générale de la maladie avant ou après l'accès observé et cette étude d'ensemble permet alors un diagnostic vraiment scientifique.

Une autre difficulté du diagnostic différentiel de la Folie circulaire existe vis à vis de la paralysie générale. Il y a, en effet, des malades dans la période d'excitation de la Folie circulaire qui présentent des idées de satisfaction et de grandeur, très analogues à celles que l'on observe dans la période prodromique ou dans la 1re période, expansive de la Paralysie générale. Dans ces cas d'excitation raisonnante simple avec désordre des actes et surexcitation de toutes les facultés la confusion est souvent possible entre les deux états, d'autant plus que dans quelques uns de ces cas de

folie circulaire, on constate même quelquefois
on constate même quelquefois, comme dans la
paralysie générale, des symptômes congestifs et
un léger embarras momentané de la parole
qui peut prêter à la confusion. De plus, on
observe un certain nombre de cas de Paralysie
générale de forme circulaire, c'est à dire pré-
sentant dans la 1.re période plusieurs alterna-
tives de phases, de dépression et de phases
d'excitation qui peuvent simuler pendant
quelque temps des accès de véritable folie cir-
culaire. Dans ces cas difficiles, le diagnostic
scientifique ne peut être établi que par l'é-
tude attentive de la marche générale de la
maladie depuis son début jusqu'au jour où
l'on observe le malade et par l'ensemble des
symptômes de la Paralysie générale opposés
à ceux qui caractérisent plus spécialement
la Folie circulaire c'est à dire par le ta-
bleau général des deux maladies oppos.

l'un à l'autre. Cependant, il est deux caractères symptomatiques qui, en dehors de la marche peuvent être très utiles pour établir le diagnostic. Le 1er repose sur ce fait général que dans la période d'excitation optimiste de la paralysie générale, même avec conservation d'une grande activité intellectuelle, il existe toujours pour un observateur attentif des lacunes énormes de mémoire et des traces évidentes de démence commençante que l'on ne rencontre pas chez les circulaires même en état de grande excitation maniaque et que les idées délirantes des paralytiques sont plus absurdes, plus multiples, plus mobiles et plus contradictoires que celles des circulaires même les plus désordonnés. Enfin, le 2me caractère très général sinon constant, que l'excitation des paralytiques est plus bienveillante que celle des circulaires qui est essentiellement malveillante et malfaisante comme celle des hystériques.

A l'aide de tous ces caractères différentiels

réunis, puisés dans l'étude des symptômes et de la marche des deux maladies, on peut le plus souvent arriver à un diagnostic vraiment scientifique.

Etiologie de la Folie circulaire

La 1re question à aborder est celle de l'hérédité. C'est une des plus héréditaires de toutes les maladies mentales.
Elle participe sous ce rapport des caractères généraux des Folies intermittentes. — En effet, les folies périodiques et les Folies circulaires sont presque toutes héréditaires et héréditaires sous la même forme. — C'est un fait indiqué d'une manière générale mais qui n'a pas été suffisamment étudié.
Pour moi (avec l'observation de mon père et la mienne) je peux signaler 3 cas dans lesquels il m'a été donné de constater l'existence de la Folie circulaire sous la même forme pendant 3 générations, la grand mère, la mère et la fille et c'est ce fait là est très fréquent et pourra être controlé par tous les observateurs. Donc, cette maladie est essentiellement héréditaire.
Elle survient ordinairement après la puberté

sous l'influence de causes occasionnelles auxquelles on a été attaché une grande importance (à la suite d'une cause traumatique ou d'une maladie aigüe, comme la fièvre typhoïde ou même à la suite d'une cause morale) mais ces causes occasionnelles n'ont qu'une influence très secondaire, eu égard à la cause héréditaire. Dans d'autres cas, la maladie ne survient que plus tard, à un âge plus avancé mais généralement quand elle se produit plus tard elle est également due à l'influence héréditaire car elle a existé chez les ascendants et s'est produite chez eux à la même époque. Débute-t-elle par la mélancolie ou par l'excitation ? Ordinairement, elle débute par la mélancolie, et même il y a quelquefois plusieurs accès mélancoliques avant que la maladie prenne définitivement la forme double ou alternante.

Fréquence : Il y a prédominance très marquée du sexe féminin; cependant on a

observé chez l'homme des Ex. très caractérisés.
Dans un asile par Ex, vous auriez cette proportion :
un seul homme atteint d'une manière évidente
de cette forme de maladie mentale et 4 ou 5 femmes
au moins et même davantage.

Suite de l'Etiologie

La fréquence de cette maladie aussi bien dans un sexe que dans l'autre, est bien plus grande qu'on ne le croit au 1er abord.

Quand on se borne à observer dans les asiles d'aliénés, on peut croire que les cas de ce genre sont très peu nombreux à tel point que plusieurs médecins même spécialistes seraient disposés à nier l'existence de cette forme de maladie mentale, ou à la croire extrêmement rare. Il n'en est rien. Quand au contraire on observe dans le monde ou dans la société, on constate qu'il existe un grand nombre de malades atteints de folie circulaire à des degrés atténués ou bien même à des degrés plus intenses, mais qui restent dans les familles ou bien parce que les deux états n'ont pas une égale intensité, ou bien parce que les autres sont beaucoup plus faibles et atténués de sorte qu'ils passent inaperçus. On n'éprouve réellement le besoin

les placer dans les asiles que lorsque les deux périodes de Mélancolie ou d'excitation sont très intenses et ne permettent plus absolument le séjour des malades au sein de la famille ou dans la Société.

Pronostic de la Folie circulaire

Le pronostic est très grave puisque cette maladie une fois bien caractérisée, dure pendant toute la vie des malades qui en sont atteints, à des degrés divers. Cependant, pour poser un pronostic plus exact, il faut tenir compte de toutes les variétés de marche que nous avons décrites précédemment. Ainsi, par Ex., on peut annoncer que certains cercles seront atténués au point de simuler une guérison, ou bien dans les cas d'intervalle lucide prolongé comme ceux admis par Baillarger comme constituant une folie intermittente à double forme, on peut porter un pronostic plus favorable, puisque cet intervalle prolongé de raison peut passer pour une guérison comme dans toutes les Folies intermittentes

Historique de la Folie circulaire

Cet historique est bien fait dans l'ouvrage de Ritti.

1°. Mentions de l'alternance dans les auteurs de l'antiquité

2°. Id dans les auteurs qui ont précédé Pinel.

3°. Dans Pinel et Esquirol

4°. Dans les élèves directs

5°. En 1854, mon père et Baillarger (discussion sur la priorité à l'académie de médecine.

6°. Développement de cette ~~discussion~~ question depuis cette époque. Legrand du Saulle : Discussions de Baillarger. Auteurs allemands. Griesinger (Cycle) Krafft Ebing, Ludseyer, Dittmar, Kirn, Schüle.

7°. Ouvrage de Ritti et de Mordret (Prix

Fabret à l'académie

8.° Mon mémoire dans les archives

9.° Leçon de Ball.

Traitement de la Folie circulaire

C'est une maladie très grave dont la marche est presque fatale et dans laquelle on ne peut espérer que des rémissions plus ou moins prononcées ou plus ou moins prolongées.

On n'arrive même pas, en général, par les moyens appropriés, à diminuer par des médicaments l'intensité ou la durée des périodes de mélancolie ou d'excitation, sur lesquelles les médicaments les plus actifs ne semblent pas avoir de prise. Cependant, on a essayé quelques moyens pour diminuer l'intensité et la durée des accès. On a employé par Ex, le sulfate de quinine, surtout dans les cas à courte échéance, dans lesquels les périodes ne durent par Ex, que 2 ou 3 jours et constituent ainsi une véritable forme intermittente ou périodique et on a cité quelques cas de guérison (Legrand du Saulle) Dans d'au-

-tres cas on a essayé les injections de morphine, la digitale, le bromure de potassium, etc qui ont paru atténuer l'intensité des accès mais dans la plupart des cas, tous ces médicaments même l'hydrothérapie, n'exercent aucune influence pendant la période d'état ou d'intensité des accès, et lorsqu'ils paraissent avoir agi d'une manière favorable, à la période de déclin de la maladie, on peut se demander si la diminution de l'accès est due à l'action du médicament ou la décroissance graduelle et pleine de la maladie, c'est à dire à la marche naturelle.

30 Novembre 1884.

Points à développer dans l'histoire du Délire de persécution.

1°. Il débute dès l'enfance : dispositions premières au collège et se développe après la puberté.

2°. Il débute tantôt par l'hypochondrie (Morel) et tantôt par des dispositions psychologiques à la défiance et au soupçon.

3°. Première période d'interprétation ou d'incubation délirante = période souvent très prolongée et qui se passe dans le for intérieur.

4°. Seconde période ou d'hallucinations de l'ouïe. Le délire tend peu à peu à se systématiser et alors il prend trois directions différentes.

1° Persécution à l'état vague : on me tourmente ; J'ai des ennemis. On

me taquine etc » Tous ces faits portent sur des niaiseries, des faits secondaires et des faits déjà anciens.

2.° Persécution par des influences collectives (sociétés secrètes, police, sciences occultes, jésuites, francs-maçons, le diable, les dém[ons], la physique, l'électricité, le magnétisme, les esprits etc)

3.° Persécution par une personne détermin[ée] (un parent, un ami, un prêtre, un méd[ecin], un avocat, en un mot une personne vivant[e]

Périodes de rémission et de dissimu[la]lation du délire

Développer rapidement à cette occasion les deux variétés d'aliénés persécuteurs av[ec] et sans hallucinations (hallucinés ou raisonnants) qui n'ont pas été suffisamm[ent] distingués jusqu'à ce jour, ni par Lasègu[e] dans son mémoire ni par moi, dan[s] mes leçons antérieures et que j'ai si-gnalées à la Société psychologique

(J'y reviendrai à l'occasion des aliénés héréditaires et raisonnants)

3me période ou hallucinations de la sensiblité générale, de l'odorat et du gout ; sans hallucinations de la vue. C'est la période chronique.

Parler à cette occasion :

1.° des hallucinations génitales chez l'homme et chez la femme

2.° des 3 degrés de l'hallucination de l'ouïe, avec ou sans dédoublement de la personnalité. On lit dans la pensée ; on connait les pensées et on y répond ; demandes et réponses : Echo ; on vole la pensée. On est dominé et l'on est plus maître de ses idées. Lutte intérieure ; deux personnes qui se répondent = Dieu et le diable ; le bon et le mauvais génie ; voix bonnes et mauvaises conseillères ; personnes qui attaquent et personnes qui défendent. Ce double travail intérieur est très interessant à étudier et à suivre dans ses details.

3.° Vocabulaire spécial ; langage stéréotypé.

4° Id. actes stéréotypés. On leur dit des bêtises et des mots qu'ils ne comprennent pas!

5° Pas de passage à la vraie démence ou, du moins très tardivement.

4° Période ou chronicité plus avancée. Le délire d'orgueil vient s'ajouter au délire de persécution et forme alors un tout très conv[...] mais qui, cependant, n'aboutit que rarem[ent] et très lentement à la vraie démence.

Montrer par quels procédés se produit ha-bituellement ce délire d'orgueil surajouté.

Marche de la maladie:

La maladie dure toute la vie avec des périodes de paroxysmes de rémissions, qui peuvent simuler la guérison; mais le dé-lire intérieur persiste même quand le ma-lade le dissimule ou le nie pour obtenir sa sortie. C'est une maladie essentielle-ment rémittente, qui ne guérit pas mais peut simuler la guérison et tromper les médecins et les magistrats.

Diagnostic différentiel. Il ne faut pas confondre ce délire spécial essentiel ~~confondre ce d~~ avec les idées de persécution qui peuvent se montrer accidentellement ou accessoirement dans toutes les autres formes des maladies mentales, dans la manie, dans les folies héréditaires ou raisonnantes, dans les autres variétés de la Mélancolie, à la suite de l'hystérie, de l'Epilepsie, de l'hypochondrie, dans la démence sénile ou dans le délire infantile, enfin et surtout dans l'alcoolisme. Détails sur le diagnostic différentiel entre l'alcoolisme subaigu et le délire de persécution essentiel.



Analyse de la 1re Leçon de l'année dernière et 8 novembre 1884.

- Hommage rendu à la mémoire de mon père, de Morel et de Lasègue, mes trois maîtres en aliénation mentale
- Énumération rapide des cours faits successivement à la Salpêtrière, de Pinel et Esquirol (1817.)
- Enseignement de Charcot
- Mon intention est de faire un cours, en huit Leçons, théorique le dimanche et clinique le jeudi.
- Dans la partie théorique j'étudierai plusieurs formes nouvelles de maladies mentales ne pouvant pas tout étudier en quelques leçons.
- Aujourd'hui leçon générale pour expliquer les formes nouvelles.
- La leçon sera divisée en trois parties. Dans

la 1re, historique rapide de la médecine men[tale]
depuis le dernier siècle jusqu'en 1840, ép[oque]
de la mort d'Esquirol. Dans la 2me, cri[tique]
tique de la classification de Pinel et d'Esq[ui]
rol et montrer combien elle est insuffisante.
Dans la 3me partie, étude des formes q[ui]
peuvent, dès à présent, remplacer celles
de la classification régnante.

1re Partie : Historique rapide : Hippocrat[e]
Arétée, Celse, Célius Aurélianus etc. Co[n]
nés descriptions de la Manie, Mélancolie
Phrénésie etc. Periode arabe moyen-âge
l'on a emprunté les descriptions des an[ciens]
Au 17 et 18me siècles, Stahl, Hoffman[n]
Boerrhave, Van Swieten etc., en s'occup[ant]
de la médecine générale ont parlé incid[em]
ment de la Folie, jusqu'à Sauvage, [le]
classificateur du 18me siècle. La Folie n'é[tait]
pas l'objet d'une étude spéciale. Il fau[t]
arriver jusqu'à la fin du 18me siècle, c'es[t]
à dire jusqu'à Pinel pour la voir s'[...]

de l'étude de la médecine générale et constituer une science spéciale.

L'œuvre de Pinel se décompose en deux parties : philanthropique et scientifique. Je n'ai pas à m'occuper ici de la 1re ; elle a été souvent décrite avec détails. Il a élevé les aliénés à la dignité de malades et a prêché les principes de la bienveillance et de la douceur, par la parole et par l'action. Il a brisé les chaînes des aliénés et les a rendus à la vie de liberté. Les aliénés féroces de cette époque ont été transformés et les manifestations extérieures changées, le fond restant toujours le même. Une réforme analogue a été faite plus tard en Angleterre par Conolly sous le nom de non restraint.

L'œuvre de philanthropie de Pinel est donc considérable, poursuivie par ses élèves et, en particulier par Esquirol, et cette impulsion s'est propagée dans toute l'Europe.

Pinel a eu deux phases distinctes dans sa vie scientifique. Il a été médecin avant

d'être spécialiste. Il a fait une nosologie gé[illegible]
rale qui a une action sur toute son époque.
Mais comme spécialiste il a constitué une [illegible]
Il a emprunté aux anciens leurs dénomi[illegible]
tions de Manie, Mélancolie et Démence, et
il y a ajouté la Manie instinctive ou sans d[illegible]
lire. Mais, indépendamment de ce côté noso[illegible]
gique il y a un autre élément dominan[illegible]
c'est l'élément philosophique. Il a été le [illegible]
de son siècle et le représentant des idées p[illegible]
losophiques du 18me siècle et de la révolution
française. Élève de Locke et de Condillac [illegible]
a transporté leurs doctrines dans la path[illegible]
gie mentale. On n'a pas assez insisté sur [illegible]
côté de sa doctrine. On a admiré ses descri[illegible]
tions cliniques et ses classifications suivi[illegible]
suite par tous les auteurs, mais on n'a p[illegible]
assez remarqué l'impulsion philosophi[illegible]
donnée par lui à la médecine mentale.
Il a admis la classification des anci[illegible]
mais il a superposé une idée philosophi[illegible]
à cette classification.

La Manie ne représentait pas seulement l'excitation, mais la Folie de l'intelligence, la Mélancolie la folie de la sensibilité et la Manie sans délire ou instinctive, la folie de la volonté. Il a de plus, subdivisé ces 3 grandes classes de Folie d'après les facultés lésées. C'est donc une doctrine philosophique. Nota 3me principe de Pinel, c'est la négation de la valeur des lésions anatomiques. Importance secondaire accordée à ces lésions, considérées comme des effets, plutot que comme des causes. Pinel a, de plus, porté sa doctrine philosophique dans le traitement de la Folie et dans l'étiologie.

Pour l'étiologie, il a insisté sur les causes morales rapides, les émotions, la frayeur, les chagrins domestiques. De même pour le traitement, il a préconisé le traitement moral soit individuel, soit général! Il y a donc dans la doctrine de Pinel un élément philosophique principal qui s'est continué jusqu'à nos jours. Esquirol le plus illustre élève de Pinel a suivi la même impulsion dès 1805 époque de sa thèse sur les passions.

Plus tard, il est devenu clinicien, mais il a conservé la doctrine philosophique prédominante = lésions de l'attention en plus ou en moins; dans la mélancolie attention concentrée sur des idées fixes; dans la manie au contraire, dispersée sur toutes sortes de sujets. Il a ajouté la monomanie aux divisions de Pinel mais il y a ajouté une idée philosophique en divisant en monomanie intellectuelles sentimentales et instinctives, c'est à dire d'après les facultés lésées

Il a admis également la doctrine de Pinel sur le traitement ~~de Pinel~~ moral et l'isolement comme moyen applicable à toutes les formes de maladies mentales.

Les doctrines de Pinel et d'Esquirol sont à la fois cliniques et philosophiques et il faut en tenir grand compte pour comprendre l'évolution qu'ils ont eu sur les successeurs. Les deux ils ont envisagé la Folie comme une maladie unique. Ils admettaient bien des formes diverses mais ces distinctions étaient secondaires et ils traitaient de l'Etiologie de la Folie en général de la symptomatologie et du traitement de la Folie comme d'une ma[illegible]

die unique. Cette doctrine a été imposée en quelque sorte par les nécessités sociales. Il s'agissait de faire accepter l'aliéné comme un malade. Les exigences de l'administration, de la séquestration et de la médecine légale ont ainsi conduit à l'étude de l'aliéné en général, ayant des caractères communs, par opposition à ceux de l'homme sain d'esprit et ont conduit à négliger l'étude des formes spéciales. Aujourd'hui nous revenons en arrière sous ce rapport et nous étudions davantage les formes spéciales, les espèces naturelles. J'ai insisté sur ce côté philosophique dominant les doctrines de Pinel et d'Esquirol parce qu'elles ont réagi sur tous les médecins de notre époque. Il importe cependant de signaler une dissidence profonde qui s'est produite parmi les élèves directs de Pinel et d'Esquirol. C'était en 1816, à l'époque de l'apparition de l'examen des doctrines de Broussais. A cette époque de jeunes médecins devenus plus tard des maîtres étaient à la Salpêtrière pendant le typhus de de 1816

Rostan, Calmeil, Georget, mon père, Félix Voisin

Falret, Ferrus, tout en proclamant les principes généraux de leurs maîtres étudiaient spécialement les lésions organiques du cerveau et y attachaient une grande importance. Ils firent de nombreuses de nombreuses autopsies. Rostan préludait à ses études sur le ramollissement du cerveau Calmeil à ses travaux qui ont illustré [illegible] Georget à ses écrits sur la non existence de la folie sympathique. Cette pépinière d'élèves adoptaient la doctrine des maîtres, excepté sur ce point. Ils étaient à la fois anatomistes et cérébristes. Ils attachaient une importance exagérée aux lésions des méninges et de la substance corticale et ils niaient l'influence des autres organes sur le cerveau; ils niaient la folie sympathique. Ex. Georget et Felix Voisin

De cette nouvelle tendance des élèves de grande conquête de la médecine mentale moderne, la découverte de la paralysie générale qui s'est dégagée de plus en plus de la Folie et a été constituée à l'état de maladie distincte et spéciale. Royer Collard à Charenton et deux de ses élèves Bayle

et Calmeil, l'un admettant une espèce distincte et l'autre, avec Esquirol une simple complication ou terminaison des folies chroniques. Je reviendrai plus tard sur ce sujet.

Après ces indications rapides sur les doctrines de Pinel et d'Esquirol et de leurs élèves, il faut encore dire quelques mots des trois écoles qui ont dominé la médecine mentale en France et à l'étranger, depuis cette époque.

L'Ecole anatomique. Je viens d'en indiquer les bases. Pour cette école les lésions anatomiques trouvées dans le cerveau sont la cause essentielle de toutes les manifestations observées chez les aliénés et suffisantes pour les expliquer. Sans doute, tous les médecins admettent l'existence des lésions cérébrales mais les uns croient aux lésions tangibles et visibles que l'on constate dès à présent, tandis que les autres admettent qu'elles sont encore inconnues. Mais jusqu'à présent, il n'a pas encore été possible de mettre les lésions trouvées à l'autopsie en rapport avec les symptômes psychiques observés pendant la vie; l'étude des localisations cérébrales n'a pas encore fait d'assez grand progrès pour les lésions observées à l'autopsie

puissent servir de base au classement des symptômes psychiques observés pendant la vie. Bayle avait cherché à faire ce travail pour la paralysie générale mais il n'y a pas réussi
L'Ecole anatomique a donc rendu de grands services à la pathologie mentale, en faisant mieux connaître les lésions trouvées dans le cerveau et elle a servi à édifier une forme nouvelle, la Paralysie générale, mais elle ne peut pas servir de base ni pour l'étude et la description ni pour le classement des maladies mentales
Il en est de même de l'<u>Ecole psychologique</u>. Elle a été le développement naturel des idées que nous avons énoncées précédemment comme dominant les doctrines de Pinel et d'Esquirol. Depuis 1820, tous les élèves et successeurs de ces maîtres se sont lancés dans cette voie nouvelle. Ils ont emprunté aux psychologues leurs divisions de facultés, lésions de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté et ils ont transporté ces divisions dans la médecine mentale. Parmi ces

médecins, nous citerons mon père, Renaudin, Parchappe, Delasiauve, Billod et bien d'autres pour ne parler que de la France. Cette direction psychologique a dominé pendant de longues années. Ex. le travail systématisé de Parchappe sur la symptomatologie de la folie. Il a fait là un véritable tour de force en cherchant à découvrir des lésions partielles de facultés chez les aliénés correspondant aux diverses divisions et subdivisions de facultés admises par lui dans un tableau synoptique précédemment tracé et dont les cases vides devaient être successivement remplies par des lésions psychiques constatées chez les aliénés. C'est là le résultat inévitable et tout à fait artificiel de la méthode psychologique appliquée au classement des symptômes. On ne peut trouver que 3 catégories de lésions : facultés exaltées, diminuées ou troublées dans leur mode d'action. On procède alors comme les chimistes qui créent des séries et cherchent à découvrir des corps nouveaux pour en remplir les vides. Seulement

les chimistes arrivent à découvrir des corps réels, tandis que les psychologues ne trouvent que des lésions artificielles de facultés, des abstractions, n'ayant pas de réalité dans la nature. La méthode psychologique, qui paraissait séduisante au 1er abord a donc le grave inconvénient de tout brouiller, d'emprunter des éléments à toutes les périodes et à toutes les formes pour les réunir artificiellement dans une même case qui n'a pas de réalité dans la nature, en un mot de réunir ce qui devrait être séparé et de séparer ce que la nature a réuni. Elle a donc eu plus d'inconvénients que davantages pour les progrès de la médecine mentale.

L'Ecole somatique, surtout fondée en Allemagne par le célèbre Jacobi qui a eu beaucoup de successeurs est encore régnante aujourd'hui à Vienne et à Berlin. Cette école repose sur cette idée que la folie serait plus souvent sympathique qu'idiopathique et que le cerveau serait plus souvent atteint secondairement que primitivement. On arrive aussi à créer des folies cardiaques, pulmonaires et

dominales etc etc. On arrive ainsi à transporter la cause première de la folie dans tout l'organisme et à ne faire jouer au cerveau qu'un rôle secondaire. Cette école a été longtemps dominante en Allemagne et elle l'est encore. Cependant depuis les travaux de Griesinger, de Westphal etc, les études sur le cerveau et la moëlle, ont repris une part importante dans l'Etiologie de la Folie. Cette étude somatique a été utile en faisant connaître beaucoup de troubles physiques qui existent réellement dans diverses formes de maladies mentales mais c'est une direction qu'il faut abandonner, au moins comme direction excessive et prédominante. Ce n'est pas dans les organes autres que le cerveau qu'il faut chercher la cause organique de la Folie. Le cerveau est le véritable organe malade que doit porter surtout l'étude organique des maladies mentales.

J'ai voulu indiquer rapidement ces faits historiques et ces grandes écoles avant d'aborder le sujet principal de cette leçon ~~qui est décrite~~ et d'indiquer les formes nouvelles qu'on peut, dès à présent, lui substituer.

2me Partie : critique de la classification régnante de Pinel et d'Esquirol.

Cette classification qui est encore dominante en France et à l'Etranger, consiste surtout en 4 formes principales, la Manie, la Mélancolie, la Monomanie et la Démence, formes auxquelles il faut ajouter pour être complet l'imbécilité et l'idiotisme.

La manie repose sur deux faits seulement l'excitation et le trouble cérébral des idées. Description rapide du maniaque, tel qu'on le comprend aujourd'hui ; cette description seule prouve combien cette distinction est superficielle et souvent ce mot un mot un peu dédaigneux ~~un peu~~ de classification d'infirmiers n'a été inspiré par elle. Il n'y a pas là d'élément médical puisqu'il n'y a ni diagnostic, ni pronostic, ni traitement possible en rapport avec cette prétendue forme morbide. Que conclure du mot de maniaque relativement au passé et à l'avenir de la maladie ? Rien absolument. Il n'y a pas de marche possible à prévoir. Qu'

ra-t-il, aura-t-il des intermittences ? Et la preuve qu'on ne peut rien conclure, c'est que l'on réunit sous ce même nom de maniaque les malades les plus différents ; et d'abord les maniaques suraigus atteints de délire fébrile ou de délire toxique dont l'agitation est excessive, dont les mouvements et les paroles sont incessants, qui aboutissent au crachottement, comme dans le délire aigu, qui répètent incessamment les mêmes mots, les mêmes gestes, les mêmes mouvements, se trouvent réunis dans le même groupe avec les simples excités maniaques qui sont à l'autre extrémité de l'échelle, par ex, ceux que l'on observe dans la période d'excitation de la Folie circulaire dont les idées sont rapides comme les mouvements, mais non incohérentes et au contraire souvent spirituelles et plus remarquables qu'à l'état normal. Et vous mettez ces deux catégories si différentes de malades dans la même classe. Pouvez-vous conclure de ce rapprochement artificiel à un pronostic

et même à un diagnostic sérieux. Vous réunissez
encore dans le même nom les manies épilepti-
ques, hystériques, paralytiques, etc, et même
les manies sans délire ou raisonnantes. Tous
ces états divers sont réunis pêle-mêle sous un
même nom dans la classification actuelle qui
est évidemment insuffisante et représente l'in-
fance de l'art et appelle de nouveaux pro-
Il en est de même de la Mélancolie. C'est
un groupe plus étendu encore comme l'enten-
dait Pinel, mais même après en avoir dé-
taché la Monomanie comme l'a fait Esqui-
Description rapide du mélancolique déprimé
affaissé et inerte aboutissant jusqu'à la stu-
peur. Mais à côté de ce type décrit par Esqui-
et par M. Baillarger, vous trouvez dans la
même classe un type précisément inverse
Ce sont des des malades qui vous abordent
avec toutes les apparences de la raison et par-
lent de tous les sujets étrangers à leur dé-
lire comme des hommes raisonnables, ce sont
les persécutés classe immense qui faisait

partie des Mélancoliques de Pinel et d'Esquirol et que l'on tend aujourd'hui à séparer comme catégorie spéciale. Description rapide des persécutés par opposition aux mélancoliques vrais. Aussi M. Baillarger a-t-il insisté avec raison sur cette distinction et séparé en deux classes ces deux sortes de Mélancoliques. M. Baillarger, tout en conservant la classification régnante comme une arche sainte, y a fait là une atteinte assez sérieuse qui mérite d'être signalée. J'arrive maintenant à la Monomanie. Cette forme a été l'objet de beaucoup de discussions sur lesquelles je n'ai pas à insister ici. Esquirol l'a fait reposer sur l'unité du délire ou du moins sur un délire tellement restreint qu'il permet l'exercice des facultés intellectuelles sur tous les autres points. Cette idée sur laquelle repose l'existence de la Monomanie, est une conception absolument fausse, en théorie et en pratique. Mon père l'a combattue pendant toute sa vie depuis sa thèse. M. Foville père également. Pendant longtemps ils ont été seuls de leur avis. Mais

depuis une 30ne d'années environ le nombre des partisans de cette opinion augmente tous les jours. On a fait un véritable abus de la doctrine de la monomanie, surtout au point de vue des tribunaux. On a admis des monomanies homicides, incendiaires, etc. L'ouvrage de Marc est un Ex. de ces divisions infinies d'après les facultés lésées et d'après les actes. Mon père a contribué plus que per[sonne] à la réaction qui s'est produite depuis 30 ans et a combattu la doctrine des monomanies au point de vue théorique et au point de vue clinique. Développement de [cette] idée et indication des 3 degrés successifs de l'évolution des idées fixes. On peut donc dire aujourd'hui que si le mot existe encore la chose a presque disparu de la [science] et que les rares partisans de la monomanie disparaissent de plus en plus.

La Monomanie n'est donc pas une forme naturelle de maladie mentale pas plus que la Manie et la Mélancolie; pas plus la monomanie des idées que celle des sentiments ou

instincts. Ce n'est pas de l'observation vraie. C'est le relief apparent de l'affection mentale et ce n'est pas le fond véritable de la maladie. La classification de Pinel et d'Esquirol n'est donc pas plus acceptable pour la monomanie que pour les autres formes.

J'arrive maintenant à la Démence. C'est une sorte de caput mortuum qui comprend aussi les faits les plus disparates. D'abord, les démences des affections organiques du cerveau. L'Epilepsie et toutes les variétés chroniques de la Folie donnent lieu à un degré plus ou moins prononcé d'oblitération ou d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Les maladies à foyer (apoplexies, tumeurs, ramollissements, etc) produisent un degré plus considérable encore de débilité qui constitue une vraie démence telle que la comprenaient Pinel et Esquirol. Ce n'est que par suite d'un singulier abus de termes que l'on a étendu ce mot à toutes les folies, à toutes les folies chroniques qui présentent toutes un certain degré d'affaiblissement intellectuel mais bien dif-

férent de celui des affections organiques du cer-
veau. C'est donc une erreur de dire que tou-
tes les formes de la Folie (Manie, mélancolie
et monomanie) aboutissent à la démence car la
débilité des délires chroniques est bien différente
de la démence vraie. Il en est de même de la
Démence sénile qui est aussi une démence spé-
ciale méritant une description particulière. Que
la démence paralytique qui survient dans les
diverses variétés de la Paralysie générale est très
distincte aussi des autres démences dont nous
venons de parler. Ainsi donc, le mot de dé-
mence s'applique aujourd'hui à des états de
trouble mental très différents les uns des au-
tres et liés à des lésions organiques très di-
verses, entraînant une description, une étio-
logie très différente. Ce n'est donc pas là
encore une forme réelle de maladie mentale
pouvant figurer dans une classification
naturelle des maladies mentales.

3me Partie: Formes nouvelles à substituer
à celles de la classification régnante.

Arrivant à la dernière partie de cette le-

à la dernière partie de cette leçon je veux maintenant vous montrer que, quoique nous conservions encore en général dans notre langage spécial, les dénominations de la classification régnante, une modification profonde et presque radicale, s'est opérée à notre insu, dans les esprits depuis 40 ans et que de nouvelles formes généralement acceptées, se sont substituées peu à peu aux formes maintenant démodées de la classification de Pinel et d'Esquirol, Un travail lent et souterrain s'est opéré peu à peu et quoique nous parlions encore de Maniaques, de Mélancoliques, de monomanie incapable et de déments, ces mots ne représentent plus en réalité pour nous que des états symptomatiques pouvant survenir dans des conditions très diverses et non des formes naturelles ayant un ensemble de symptômes coordonnés et une marche possible à prévoir

En 1re ligne, parmi ces formes nouvelles, nous devons placer la Paralysie générale. Cette forme nouvelle sortie des rangs des élèves de Pinel et d'Esquirol a été la 1re brèche

apportée à l'édifice de leur classification et [illegible]
la négation même de cette classification puisqu'
elle comprend à la fois selon les variétés et
les périodes, les 4 formes principales de la [illegible]
sification régnante. C'est une maladie qui [illegible]
basée à la fois sur des symptômes physiques
un ensemble de symptômes psychiques des
lésions anatomiques et une marche spéciale
possible à déterminer à l'avance. Elle a une
étiologie spéciale des lésions spéciales et une
marche déterminée possible à prévoir au moins
d'une manière générale et possible à pré-
ciser davantage dans des variétés distinctes.
C'est donc là une forme vraiment naturelle
de maladie mentale, au moins dans ses
faits généraux et pour laquelle il reste
à décrire des variétés distinctes. La paraly-
sie générale que je décrirai dans la pro-
chaine leçon, est donc une maladie dis-
tincte, une vraie forme naturelle qui com-
prend dans son sein successivement les

prétendues formes de la classification de nos maîtres, ce qui suffirait pour la détruire de fond en comble.

Il en est de même de l'alcoolisme. Il y a 50 ans, on ne connaissait guère que le delirium tremens décrit d'abord en Angleterre puis par Royer et Léveillé en France. C'était la forme maniaque aigüe de l'Alcoolisme; mais l'alcoolisme n'était pas connu dans son ensemble comme aujourd'hui. C'est à Magnus Huss que revient l'honneur de la description de l'alcoolisme chronique, au point de vue physique et psychique. Depuis lors, le professeur Lasègue a décrit dans les Archives de Médecine l'alcoolisme subaigu ou Mélancolie alcoolique, qui mérite d'être étudiée séparément et avec soin, soit dans la pratique privée, soit dans les asiles d'aliénés où il est très souvent confondu avec le délire de persécution. C'est une forme très fréquente qui mérite une description

tréciole. C'est la forme mélancolique de l'alcooli[sme]
aigu. Ainsi donc, l'alcoolisme peut présenter la
forme maniaque, la forme démente, la forme mé-
lancolique et même dans quelques cas rares,
la forme dite monomaniaque ou à idées fixes
de sorte que comme la paralysie générale, il vie[nt]
offrir réunies les 4 formes prétendues de la clas-
sification régnante et par conséquent contribue[r]
à démontrer que cette classification est bien loin
d'être naturelle et vraie. Il en est de même
encore de la folie circulaire ou à double forme
autre forme nouvelle de maladie mentale qui
n'était pas connue de nos devanciers et qui
est maintenant cliniquement, aussi bien é[ta-]
blie que possible. Dans cette forme décrite par
mon père et par M. Baillarger nous trouv[ons]
tous réunis et se succédant d'une façon
régulière et non interrompue l'état ma-
niaque et l'état mélancolique, c'est-à-dire
les deux états principaux envisagés comme
formes distinctes dans la classification ré[gnante]

gnante et qui se succèdent ainsi chez le même malade comme pour prouver d'une manière irréfutable qu'ils ne constituent que deux états transitoires et non deux maladies réellement distinctes comme on l'admettait autrefois.

J'aurais encore à passer en revue d'autres formes nouvelles mais le temps me manquera aujourd'hui pour le faire avec quelque soin. Je me bornerai donc à les indiquer. Ce sera l'objet des leçons qui vont suivre.

Je signalerai d'abord le délire de persécution qui faisait partie de la Mélancolie d'Esquirol et qui est en réalité une forme distincte et spéciale sur laquelle j'insisterai dans une prochaine leçon.

Je chercherai à vous démontrer que les persécutés constituent une forme vraiment spéciale de maladie mentale ayant des caractères particuliers susceptibles d'une description spéciale les distingue tout à fait des autres mélancoliques avec lesquels on les a confondus jusqu'à présent et mérite de constituer une forme nou

nelle vraiment distincte mentale.
Un autre fait capital qui a été introduit dans la pathologie mentale depuis 40 ans, c'est l'influence spéciale de l'hérédité, non seulement comme cause générale de la folie mais comme imprimant son cachet particulier à certaines formes de la Folie et comme engendrant une classe spéciale de maladies mentales méritant le nom spécifique de Folie héréditaire. L'influence de l'hérédité, étudiée d'abord par Prosper Lucas, Moreau de Tours, Baillarger etc, a d'abord été étendue des maladies mentales aux maladies nerveuses en général et de celles-ci à toutes les maladies héréditaires, telles que le cancer, le tubercule l'apoplexie, etc etc. Mais c'est le Dr Mo[rel] qui, tout en se renfermant dans la sphère déjà bien assez vaste du système nerveux a établi le rapport qui existe entre l'hérédité des maladies nerveuses et mentales et les dégénérescences de l'espèce humaine

s'appliquant à tous les organes de l'économie
à tous les organes de l'économie et aboutissant
peu à peu à la stérilité et à l'extinction de la
race. Cette étude générale des dégénérescences a
eu aujourd'hui son retentissement sur la pa-
thologie mentale tout entière et l'on tend de
plus en plus aujourd'hui à admettre des folies
héréditaires ayant des caractères physiques et
moraux et spéciaux permettant de les distin-
guer des autres variétés de la folie. Ces aliénés
diffèrent des autres non seulement parce qu'ils
sont fils d'aliénés mais parce qu'ils portent
en eux des stigmates physiques et moraux,
de la prédisposition héréditaire. Déviations
très variées des fonctions organiques, déforma-
tions et asymétrie de la tête, de la face, et
des oreilles; strabisme, déformations variées
de presque tous les organes. Comme Morel
l'a si bien fait. On peut passer en revue
chez eux tous les organes et y découvrir des
anomalies de l'organisation, en un mot.

des stygmates physiques ou moraux de l'hérédité.
Dès l'enfance, ils présentent un caractère différent de celui des enfants de leur âge; ils ne peuvent pas vivre de la vie commune et sont repoussés de partout; ils ne peuvent rester ni en pension, ni au collège, leurs parents ne savent qu'en faire; ils sont en lutte avec tout leur entourage; dès l'enfance ils se manifestent comme des êtres spéciaux prédisposés à la maladie future. A l'époque de la puberté de 12 à 14 ans, ils éprouvent des accidents cérébraux variés, phénomènes choréiformes, délires passagers, symptômes de méningite de forme étrange. Arrivés à la puberté, ils ont de nouveau des accidents nerveux ou cérébraux variés et étranges, différents de ceux que peuvent éprouver d'autres enfants du même âge qui ne sont pas prédisposés. A cette époque, ces jeunes gens, qui ont ainsi éprouvé des accidents

spéciaux, subissent souvent dans la marche de leur existence une sorte de bifurcation; les uns marchent vers l'imbécillité, la démence précoce ou l'idiotisme et les autres formes ~~de la~~ vers la folie des actes ou la Folie raisonnante. Ils commencent alors à se manifester comme des ~~aut~~ êtres différents du reste du genre humain. Ils ne peuvent vivre nulle part d'une manière continue; ils deviennent vagabonds, changent de profession et de localité; ils entrent alternativement dans les collèges dans les couvents et dans les régiments; ils s'engagent dans les régiments, ils s'engagent dans la marine se font condamner par des conseils de guerre ou bien étonnent dans les couvents par leur mysticisme et leur ferveur pour retomber bientôt dans une vie désordonnée et irrégulière. Ils ont ainsi la vie la plus mouvementée, et en même temps, ils présentent, pendant leur existence, des symptômes physiques qui

méritent d'attirer l'attention des observateurs. Les principaux symptômes de ce genre portent sur les fonctions génitales, phénomènes variés qui mériteraient d'être étudiés mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Mr Legrand du Saulle en a parlé dans son mémoire et j'ai moi-même fait une communication sur ce sujet à la Société médico-psychologique. Wesphal et Mr Magnus ont plus récemment encore attiré l'attention sur le sujet. De plus, ces individus héréditaires ont souvent des accidents cérébraux congestifs, pendant le cours de leur existence et souvent aussi leur vie se termine subitement par une congestion cérébrale tandis qu'au contraire, ils échappent souvent comme miraculeusement, alors qu'on les croit perdus, à une attaque congestive des plus intenses.

Ces malades sont des héréditaires portant

ainsi des stigmates indélébiles physiques et moraux. Mais, indépendamment de ces ~~sy~~ stigmates permanents, il en est qui reviennent réellement aliénés et leurs accès de folie présentent alors des caractères particuliers qui méritent une description spéciale. Ce sont tantôt des maniaques, tantôt des mélancoliques, tantôt des déments et des monomaniaques et ils appartiennent ainsi à toutes les formes de la classification actuelle, mais ils ont des caractères particuliers qui permettent de reconnaître les Folies héréditaires et de les distinguer des autres espèces de Folie. Nous étudierons ces caractères dans une leçon spéciale.

Nous aurons également à étudier les Folies épileptiques, hystériques et hypochondriaques et enfin les Folies avec conscience qui méritent d'être ~~séparées~~ détachées comme un groupe spécial de toutes les autres variétés de la Folie. Ces malades ont pour caractère principal d'avoir conscience de leur état de maladie ce qui est le contraire de toutes les autres variétés de la Folie si l'on considère

que la perte de conscience de son état est le signe pathognomonique de l'aliéné mental. Les persécutés, par Ex, ainsi que les raisonn[ants] n'admettent jamais qu'ils soient aliénés et croient jouir de la santé morale la plus ab[solue].

Les aliénés avec conscience au contraire, ont la préoccupation exagérée de leur état mental. Ils n'ont plus de sentiments, disent-ils, plus d'affection pour leurs parents et pour leurs a[mis]. Ils n'ont plus d'intelligence, plus de mé[-]moire et vont perdre complètement la tête; ils ne peuvent plus ~~penser~~, ni parler ni agir. Ils sont dignes de compassion et demandent la mort. Ces malades présentent des formes diverses, les uns ont la maladie du doute, la maladie du toucher, l'agoraphobie, la claustro[-]phobie, etc etc. La Folie avec conscience peut porter sur l'intelligence, sur les sentiments, sur les instincts. Elle peut surtout être ém[o]tive et c'est ce qui a porté Morel à réunir tous ces états variés sous le nom générique de délire émotif, mot que nous emploierons

jusqu'à la fin jusqu'à nouvel ordre faute de mieux pour désigner sous une forme générale tous ces états nerveux de trouble mental que l'on a beaucoup trop subdivisés en faisant de chacune des prédominances une maladie spéciale sous les noms d'Agoraphobie, de claustrophobie, de maladie du doute, maladie du toucher, etc etc.

Conclusion. J'arrive à la fin de cette leçon et je me résume.

J'aurai rempli mon but si en vous faisant l'historique rapide des doctrines qui ont régné, en médecine mentale, depuis le commencement de ce siècle et en faisant la critique de la classification régnante, je suis arrivé à vous démontrer que nous commençons enfin à entrevoir aujourd'hui des formes nouvelles de maladies mentales vraiment naturelles, et bien différentes, par l'ensemble de leurs caractères physiques et moraux et par leur marche spéciale des formes tout à fait artificielles qui étaient admises par nos devanciers.

Nous conservons encore il est vrai jusqu'à nouvel ordre, les dénominations de Manie

de Mélancolie, de Monomanie et de Démence éta-
blis par Pinel et Esquirol, mais malgré cette
persistance apparente de la classification ancienne
tout est changé dans la science et un nouvel
ordre de choses est né en réalité et domine
aujourd'hui les esprits à leur insu. Il s'est
fait un travail lent et souterrain qui a eu
lieu depuis une 40^ne d'années et nous ver-
rons bientôt apparaître un nouvel édifice qui
aura remplacé celui qui avait été construit
par nos devanciers.
Cet édifice est attaqué de toutes parts, il
ne reste plus pour ainsi dire que la façade
il ne reste plus qu'à donner le dernier coup
de marteau du démolisseur pour détruire
cette facade surannée et pour faire ap-
paraître à tous les yeux le nouvel édifice
déjà construit à l'intérieur et qui est
encore masqué par une décoration extérieure
appartenant à une autre époque. Il ne
nous manque plus qu'un architecte
de génie pour compléter cet édifice inté-

rier dans toutes ses parties! Comme le disait mon père avec une grande raison, nous sommes à une époque de transformation et de rénovation de la Science. Nous sommes encore à l'époque de Tournefort et des Linné et nous attendons un Jussieu!

Analyse rapide de la leçon 1884 sur les Variétés de la Mélancolie

— Dans la dernière leçon j'ai donné la description d'une variété de la mélancolie, le délire de persécution qui n'était pas détachée par Esquirol du vaste groupe des Mélancolies.
Pour Pinel et pour Esquirol la Mélancolie représentait un groupe immense de faits. Aliénation générale et partielle. Celle-ci subdivisée en expansive ou dépressive, Mélancolie et Monomanie.
Pinel avait englobé en une seule classe ces deux espèces qui ont été séparées par Esquirol.
La mélancolie ou lypémanie quoique séparée contient encore un grand nombre de faits très variés qui méritent d'être séparés en plusieurs espèces ou variétés.
La Mélancolie en général est caractérisée par un certain nombre de faits fondamentaux, psychiques et physiques. Les faits psychiques peuvent être résumés rapidement. La vérita-

fle base de tous les états mélancoliques. C'est la lésion de la sensiblité générale. Tous les mélancoliques sont très frustes et tristes par l'effet d'un état maladif de la sensiblité générale sans savoir pourquoi. Ils ont un état général de souffrance dont souvent ils ont une conscience et qui est le fond de leur maladie. Le mélancolique est un malade qui souffre physiquement et moralement. Au lieu de concevoir la mélancolie au point de vue psychologique et de la faire dériver d'une idée triste il faut voir le fait initial, c'est à dire le fond de tristesse préexistant sur lequel germent et se développent peu à peu les idées délirantes. Le premier fait de toutes les mélancolies c'est donc l'état de sa souffrance morale, de tristesse et d'affaissement. Mon père a très bien étudié le ~~mode de~~ développement des maladies mélancolines sur ce fond général de tristesse et de découragement. Il faut donc étudier d'abord les mélancoliques ~~tristes~~, tranquilles

que le fond maladif, sans idées délirantes déterminées l'état de désespoir, de dégoût de la vie.
A côté du trouble général de la sensibilité vient se placer celui de l'intelligence — L'intelligence est ralentie dans son mouvement et le cercle des idées est rétréci. Les malades n'ont plus la force de penser; ils ont de la fatigue cérébrale.
Les Mélancoliques qui ont conscience de leur état décrivent très bien cet état général de leur intelligence et de leur sensibilité. Il en est de même pour la volonté. Ils sont impuissants à vouloir, comme ils le disent eux-mêmes. Ils ne peuvent pas vouloir et arrivent ainsi à l'inaction. Il y a un fond général d'affaissement qui est la base de toutes les mélancolies. Les idées délirantes n'arrivent que plus tard sur ce fond commun d'affaissement, d'inertie, de prostration et de tristesse.
A côté de l'état mental vient se placer l'état physique.
Il ne faut pas seulement être psychologue, mais il faut en même temps être médecin

Ils sont aussi malades au physique qu'au moral
Leur sensibilité physique est altérée au même
degré que la morale. Ils ont un sentiment de
faiblesse, d'affaissement, d'impuissance de se
mouvoir et d'agir, correspondant à leur impui-
ssance morale. Ils souffrent au physique comme
au moral. Ces lésions ont été très bien étudiées
dans certaines variétés de la Mélancolie. Elles
sont générales ou partielles. Les malades éprou-
vent un sentiment de malaise général. Ils
sentent eux mêmes combien leur système ner-
veux est troublé et tous les malades se
plaignent et gémissent de leur situation. Sen-
sations variées dans diverses parties du corps
vacuité à la tête, sensation de serrement aux
tempes, anxiété précordiale, points névralgiques
bien étudiés par Griesinger et Schüle. Emploi
de la morphine contre ces douleurs. Agir
sur l'état nerveux pour agir par con-
trecoup sur l'état mental. On a exagéré
l'action de ce traitement mais il est
certain qu'il est souvent utile. Evolu-

dans le sommeil, la respiration, la circulation, la digestion, la nutrition etc. sur lesquels j'insisterai tout à l'heure à propos de la mélancolie avec stupeur.
Je n'insiste pas aujourd'hui. Je voulais seulement indiquer qu'il y a une base à toutes les mélancolies, des caractères communs s'appliquant à toutes les variétés, mais ils sont naturellement très vagues et il faut décrire des variétés pour préciser davantage l'observation clinique. Il y a également des troubles dans les mouvements qui sont très lents très ralentis, difficiles; tendance au repos et à l'immobilité, à l'inaction; ils restent assis ou couchés; sentiment de la fatigue, de la courbature. Il y a de plus des contractures, de la catalepsie, des troubles de mouvements dans tous les organes. Il y a trouble également dans toutes les fonctions organiques: sommeil, respiration, circulation, digestion, nutrition, impuissance chez l'homme, troubles de la menstruation chez la femme. Les fonctions digestives surtout sont très

troublées. Refus des aliments; sonde œsophagienne
Ce refus ne repose pas seulement sur des idées
délirantes mais sur des idées délirantes mais
sur une répulsion toute physique
Quelques mots encore sur la marche générale
de la mélancolie.
Elle est très lente dans sa marche et peut du-
rer des années. Plus longue que les accès
maniaques. Continue, rémittente et intermit-
tente. On a décrit la manie intermittente
et pas assez la mélancolie intermittente.
Dans la mélancolie telle que l'entend Esquirol
et son école est un état très général, très va-
gue, très étendu, comprenant un très grand
nombre de malades très différents, qu'il faut
chercher à distinguer les uns des autres.
On a déjà détaché le délire de persécution
qui est tout à fait spécial et qui en dif-
fère par le fond maladif actif, au lieu
~~d'être déprimé et affaissé~~. Les persécutés
ont un mode d'existence tout à fait
différent des mélancoliques. La science

n'est pas encore très avancée mais on peut, dès à présent, établir 3 variétés principales.
On peut d'abord décrire les mélancoliques avec conscience. On avait cru que la conscience de son état était exclusive de l'état de folie; il n'en est rien. Il y a des formes de maladies mentales où les idées s'imposent, obsèdent l'esprit, ne peuvent être chassées, de même que les sentiments et les impulsions et le malade, tout en les réprouvant ne peut s'en débarrasser. La Folie avec conscience est donc entrée dans la science. Or, il y a des mélancoliques avec conscience dans la pratique civile, comme dans les asiles d'aliénés. Je n'insisterai pas aujourd'hui parce que je ferai une leçon spéciale sur ce sujet.
La seconde variété est la Mélancolie anxieuse.

Résumé de la Leçon de 1884 sur la Folie héréditaire.

J'arrive à la description de la Folie héréditaire. Ce genre de folie est encore aujourd'hui très contesté pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure et qui ont certainement une assez grande valeur. Cependant, je crois qu'aujourd'hui, depuis les travaux de Morel il est possible d'établir les caractères généraux des Folies héréditaires et c'est ce que je vais chercher, d'une manière rapide, dans cette leçon, car d'une manière rapide dans cette leçon car je suis obligé de me borner à des indications générales. L'hérédité des maladies mentales est un fait connu de tout le temps et qui a été admis par tous les auteurs. Personne en effet ne conteste l'hérédité des maladies mentales. On peut varier sur le degré et les statistiques en France, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, tout très

discordantes sous ce rapport. Et l'on s'explique très facilement ces divergences ; car rien n'est difficile comme d'établir avec certitude l'hérédité d'une maladie mentale. Cette cause est souvent niée par les familles et par les malades. Dans les grands services d'aliénés également il est très difficile d'obtenir des renseignements exacts même pour l'hérédité directe, provenant du père ou de la mère, à plus forte raison pour l'hérédité indirecte, collatérale ou transformée. Les familles n'admettent presque jamais l'hérédité chez les ascendants, ou bien elles l'ignorent ou bien encore la nient systématiquement.

On comprend donc très bien les dissidences des statistiques à cet égard. Cependant le fait général est admis partout mais avec de grandes différences dans le degré et dans l'interprétation des faits particuliers.

Je n'ai pas à parler ici de l'hérédité en général comme cause, ni de l'hérédité physiologique, ni de l'hérédité morbide. C'est un sujet trop complexe et qui mériterait

une étude spéciale. Je veux seulement m'occuper de l'hérédité des maladies mentales et surtout des caractères spéciaux des Folies héréditaires.
Cette hérédité a d'abord été comprise sous sa forme la plus rigoureuse, c'est à dire comme hérédité directe de père en fils. On n'admettait comme maladies héréditaires que celles qui étaient absolument semblables chez le père ou la mère et chez les enfants, en un mot, l'hérédité directe et similaire, par Ex, l'épilepsie des chez les enfants.
Peu à peu, on a étendu, de plus en plus, la sphère de l'hérédité morbide. On a admis l'hérédité directe et indirecte. On a remonté la série des ascendants et l'on a constaté l'atavisme, comme dans les races animales et végétales, c'est à dire l'hérédité provenant des aïeux, des grands parents. Puis, on a admis l'hérédité collatérale; mais c'était encore là l'hérédité similaire, c'est à dire la même maladie retrouvée chez les divers membres d'une même famille. Mais depuis une quarantaine d'années environ, on a encore étendu beaucoup plus la sphère de l'hérédité

On a admis l'hérédité transformée ou les transformations héréditaires. Tout le monde sait aujourd'hui que toutes les maladies nerveuses peuvent se transformer par l'hérédité en maladies nerveuses, peuvent se transformer par l'hérédité en maladies mentales et réciproquement. Il y a parenté étroite entre les grandes névroses telles que l'hystérie, l'Epilepsie l'hypochondrie et les diverses variétés de maladies mentales et il y a parenté également entre ces grandes névroses et les formes plus avancées de la dégénerescence telles que l'imbécillité et l'idiotisme. Aujourd'hui, il n'est plus possible d'avoir de doutes à cet égard et l'observation de tous les jours démontre les relations étroites qui existent dans une même famille entre ces diverses manifestations des névroses héréditaires

La question de l'hérédité des maladies mentales en était là lorsque Morel a commencé ses travaux. Prosper Lucas dans son grand ouvrage sur l'hérédité physiologique et

pathologique et Moreau de Tours dans les divers travaux sur le même sujet, admettaient des transformations héréditaires des névroses en maladies mentales et vice versa. Ils allaient même jusqu'à admettre que toutes les maladies héréditaires étaient soeurs et qu'on ne trouvait pas seulement chez les ascendants des aliénés, des épileptiques, des hystériques, ou des hypochondriaques mais des apoplectiques, des cancéreux, des tuberculeux, etc, ce qui était une exagération car on ne pourrait plus se limiter si l'on s'engageait dans cette voie et pour ne pas se fourvoyer, il ne faut pas sortir de la sphère du système nerveux qui est déjà assez vaste. Mais sans sortir du système nerveux il y a une grande extension qui est inévitable et qui est aujourd'hui admise et qui constitue le vrai progrès accompli par Morel dans son traité des dégénérescences.
C'est là le grand progrès et la voie nouvelles qu'il a ouverte à la science. La grande idée qui sert de base aux travaux de Morel est celle ci : L'hérédité nerveuse ne se borne pas à ~~admettre~~ transmettre aux descen-

dants des maladies nerveuses ou mentales qui existaient chez les ascendants similaires ou transformées mais elle agit sur la constitution générale des individus eux-mêmes modifie les races et en fait des races dégénérées, chez lesquelles les maladies vont s'aggravant de plus en plus et aboutissent, en definitive, à la stérélité. On comprend, en effet, que l'hérédité, qui agit sur le germe lui-même, qui repose sur le fait primitif de la génération, que l'hérédité du système nerveux, en un mot, exerce une action évidente sur la formation même de tous les organes. C'est là ce que les anciens appelaient le nisus formativus. On comprend dès lors que l'hérédité nerveuse puisse produire, chez les descendants d'individus atteints dans leur système nerveux, non seulement des maladies nerveuses et mentales, mais des déformations organiques portant sur tous les organes de l'économie. C'est là l'idée mère de tous les travaux de Morel et c'est sur cette idée qu'il a basé toute sa théorie des dégénérescences.

veuses et mentales ne produisent donc pas seulement chez les descendants, des maladies du même ordre mais agissent sur la formation même de tous les organes. Les descendants des individus atteints de maladies nerveuses ou mentales ne présentent donc pas seulement des maladies du système nerveux et du moral, mais ils sont dégénérés au point de vue des autres organes de l'économie; c'est à dire que l'on constate chez eux des modifications organiques permanentes telles que le bégaiement, le strabisme, le bec de lièvre, etc en un mot des déformations de tous les organes et surtout des organes génitaux sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure. Telle est la loi générale établie par Morel et chose remarquable, dans le traité si important de Geoffroy St Hilaire sur les anomalies de l'organisation et sur les difformités. Ce fait général n'est même pas mentionné comme cause première de toutes les déformations organiques. C'est là l'idée absolument neuve introduite

par Morel dans la science en général et dans l'étude de l'hérédité en particulier ainsi que des dégénérescences. L'influence de l'hérédité nerveuse sur les maladies des descendants s'est ainsi peu à peu étendue outre mesure par l'introduction de ce nouveau principe général. C'est ainsi que Morel a compris les dégénérescences et a appliqué cette théorie à la génération de toutes les maladies nerveuses et mentales. Il a admis que la Nevropathie générale, l'état nerveux était le vrai point de départ de toutes les autres maladies nerveuses et mentales qui s'aggravaient successivement de génération en génération et aboutissaient en définitive, au bout d'un certain nombre de génération à la stérilité de la race et à la suppression de la famille elle-même. Elle a donc établi cette loi générale que les familles commencent par la nevropathie, arrivent ensuite à des maladies nerveuses diverses, puis à des

formes vésaniques ; à l'imbécillité et à l'idiotisme et enfin à la stérilité et à l'extinction de la race. Telle est la loi générale appliquée par Morel à toutes les dégénérescences et qui comprend naturellement dans ce vaste ensemble la Folie héréditaire, comme forme particulière de dégénérescence.

Je ne puis pas insister plus longuement aujourd'hui sur les généralités relatives à l'hérédité : mon but est arriver à préciser et à décrire les caractères spéciaux de la Folie héréditaire. Et d'abord, existe-t-il réellement une folie héréditaire ? Voilà le 1er point à examiner.

Beaucoup d'auteurs jusqu'à notre époque ont nié absolument la Folie héréditaire. Pinel admettait jusqu'à un certain point que les aliénés héréditaires avaient des signes particuliers. Il y a même dans son livre un chapitre très court mais très catégorique sur les folies originaires. Il en est de même d'Esquirol, qui dans plusieurs passages de ses ouvrages, et dans

l'un surtout cité par Morel, a tracé de main de maître, quelques traits caractéristiques de folies héréditaires. Mais, malgré ces passages isolés Pinel et Esquirol, ainsi que leurs élèves n'admettaient l'hérédité que comme l'une des causes générales de la folie et n'admettaient qu'il existât une folie spéciale en rapport avec cette cause et méritant de porter le nom de folie héréditaire.

C'est Morel qui, le premier, a introduit cette idée et ce mot dans la science et qui a cherché à démontrer l'existence de cette forme spéciale de l'existence de la folie. Tous ces ouvrages mémoires ou articles de journaux contiennent sur ce sujet des faits très intéressants et qui méritent d'attirer l'attention; seulement, les idées sont ordinairement exprimées sous une forme trop vague et souvent un peu obscure de sorte qu'elles manquent de précision et n'ont pas produit tout l'effet qu'elles auraient dû produire s'il avait exposé

plus méthodiquement et plus complètement, ces idées nouvelles qu'il a réellement découvertes et propagées le premier.
Il importe donc de chercher à préciser davantage les idées de Morel et c'est ce que je vais chercher à faire aujourd'hui après M. Legrand du Saulle qui a publié en 1873, sur les Folies héréditaires un mémoire très interessant dans lequel la plupart des idées de Morel ont été très bien résumées. — Tout récemment encore, un jeune médecin, le Dr Laur, élève de M. Magnan, a fait sur ce sujet un mémoire qui a été couronné par ~~l'académie~~ la Société médico-psychologique, et qui contient un résumé exact et assez complet de la plupart des caractères des Folies héréditaires. La 1re question est de savoir comment on peut établir l'existence réelle d'une folie héréditaire? Il est certain que la plupart des Folies sont liées à l'hérédité. L'hérédité est donc une cause générale qui agit sur toutes les formes de la Folie. La Folie épileptique, la Folie hystérique, le Délire

de persécution en un mot toutes les formes de maladies mentales que nous avons étudiées ou que nous étudierons sont très souvent héréditaires. Il faut donc faire une part très large à l'héréditaire dans l'Etiologie de toutes les formes des maladies mentales. Mais ces formes ont des caractères particuliers qui permettent de les distinguer et de les séparer des autres variétés de la Folie. On ne peut donc pas leur donner le nom spécial de Folies héréditaires. C'est après avoir ainsi défalqué successivement toutes les formes chroniques de la Folie qui sont dues souvent elles-mêmes à l'hérédité, que l'on arrive enfin par une élimination successive, à une dernière forme qui ne peut se caractériser que par cette étiologie spéciale, que par ces caractères spéciaux dûs à l'hérédité et aux maladies des ascendants

C'est ainsi que par élimination on arrive à établir, au moins dans l'état actuel de la science, une folie héréditaire distincte

des autres variétés de la Folie. Or, par ce procédé, on arrive ainsi à un résultat qui paraît extraordinaire à première vue mais que l'observation confirme parfaitement, à savoir que les Folies héréditaires ainsi établies par voie d'élimination, sont presque identiques aux Folies raisonnantes, aux manies sans délire, aux Folies morales et aux Folies des actes admises depuis de longues années par beaucoup d'auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales depuis la fin du siècle dernier. Cette catégorie établie par Pinel au commencement de ce siècle, a été souvent contesté par ses successeurs et elle méritait de l'être parce que les faits qu'on avait à tort réunis sous ce nom générique, appartenaient en réalité aux catégories les plus différentes de maladies mentales; mais après avoir retranché successivement tous les faits réunis à tort sous ce même nom et après les avoir répartis dans les formes naturelles auxquelles ils appartiennent réellement (ce que j'ai fait dans mon discours sur la Folie raisonnante) on arrive à constituer néanmoins une forme spéciale susceptible d'une description

particulière et qui mérite d'être conservée jusqu'à nouvel, après avoir été nettement délimitée. Or après avoir ainsi constitué cette forme distincte symptomatiquement on arrive à découvrir que cette maladie Folie raisonnante n'est pas autre chose que la Folie héréditaire de Morel. C'est ainsi que l'on arrive par deux voies différentes à la même conclusion, à savoir qu'après avoir décrit et séparé toutes les formes naturelles de maladies mentales par des caractères spéciaux il reste une sorte de caput mortuum, une catégorie spéciale d'aliénés qui ne peut être délimitée et déterminée qu'en la rapprochant à l'Etiologie spéciale de l'hérédité. Or, cette catégorie spéciale et surtout caractérisée symptomatiquement par le délire du caractère, le délire des sentiments moraux par le délire des actes et n'est pas autre chose en définitive que la manie sans délire de Pinel, la Folie morale de Prichard et la Folie raisonnante d'Esquirol et de ses élèves. On est arrivé par deux voies différentes

au même résultat. Pinel, Esquirol et leurs élèves y sont arrivés par la voie symptomatique et Morel avec d'autres auteurs après lui par la voie étiologique mais en somme le résultat définitif est le même et dans l'état actuel de la science on doit admettre jusqu'à nouvel ordre que les aliénés atteints de folies raisonnantes ou de délire des actes, ne sont que des aliénés héréditaires et l'on doit confondre aujourd'hui ces deux ordres de faits dans une même description sous le nom générique de folies héréditaires. C'est ainsi que selon nous, l'on doit comprendre la folie héréditaire créée par Morel. On doit la limiter à la folie des actes, à la folie basée sur les altérations du caractère, plus que sur les altérations de l'intelligence. Nous allons donc commencer par faire cette description rapide et nous arriverons ensuite à des considérations générales sur les folies héréditaires. Pour faire clairement cette description il faut la diviser en trois chapitres : signes physiques, signes tirés de l'ordre intellectuel et signes tirés de l'ordre

affectif et moral.
Signes physiques. Pour décrire les signes physiques de la Folie héréditaire il n'y a en quelque sorte qu'à suivre pas à pas les travaux de Morel. Ils sont dispersés dans ses différents travaux mais il a nettement décrit les divers signes physiques permanents des Folies héréditaires. Les premiers signes portent sur le crane et la face.
Le crane des héréditaires est presque toujours déformé, dans un sens ou dans un autre. Il y aurait à cet égard des études plus complètes à faire et qui n'ont été que commencées par Morel.

Le crane est souvent asymétrique; une des portions de la tête est plus développée que l'autre. Le crane est souvent déformé, soit en avant, soit en arrière. Dans certains cas le front est fuyant, très bas, la tête très allongée, devant en arrière; dans d'autres cas, au contraire, il y a comme une diminution de substance de toute la partie postérieure; il semblerait alors que la partie postérieure a été retranchée

comme par un coup de hache qui aurait enlevé la partie occipital du crane et les parties postérieures il semblerait alors que la partie postérieure du cerveau. C'est un signe sur lequel le Dr Campagne d'Avignon a insisté avec raison dans son traité de la Folie raisonnante. Sur treize observations groupées par lui, il y en a 11 qui présentent cette déformation et dans lesquelles le crane est comme privé de sa partie postérieure tandis que la partie antérieure est bien développée

Il ne faut pas confondre avec ces vices de conformation congénitaux du crane, certaines déformations qui sont accidentelles telles que celles qui existent souvent en Normandie et qui sont dues à la compression du crane par un bourrelet dans le jeune âge, peu de temps après la naissance.

Je ne puis ici indiquer ~~ici~~ rapidement les principaux signes physiques n'ayant pas le temps d'insister sur chacun d'eux.

A l'asymétrie du crane correspond souvent celle de la face. La plupart des individus prédisposés par l'hérédité accumulée dans leur famille, présentent une face asymé-

métrique, un des côtés de la face plus développé que l'autre. Lasègue qui a beaucoup insisté sur ce fait à propos de l'épilepsie a fait observer qu'une asymétrie analogue quoique non identique existait également chez certains aliénés, et dans les dernières années de sa vie il voulait faire un travail sur ces déformations auxquelles il avait donné le nom pittoresque de strabisme de la face voulant indiquer par là, non seulement les déformations du squelette mais même les déformations des masses musculaires de la face. En effet, chez beaucoup d'héréditaires il y a des phénomènes variés, musculaires ou nerveux, des phénomènes permanents, des contractures partielles ou des tics nerveux qui se produisent, tantôt dans une partie de la face, tantôt dans l'autre. C'est là, en effet, un signe très fréquent des folies héréditaires. La plupart de ces malades ont des tics nerveux dans les yeux, dans les paupières, dans les divers muscles de la face ou dans le cou. Il est bon de noter en effet que les tics nerveux sont le plus souvent

liés à des maladies nerveuses ou mentales. Il en est de même du strabisme. Le strabisme est très fréquent chez les descendants d'aliénés, chez les aliénés héréditaires. Le bégaiement lui-même doit être souvent rattaché à l'hérédité nerveuse. Il en est de même de certaines déviations de la face, de certaines contractures partielles, de certains tics. Ainsi, rien qu'en se bornant au crane et à la face voilà déjà plusieurs signes physiques importants et permanents, qui se rencontrent chez les aliénés héréditaires et qui n'existent pas chez les autres aliénés. Un autre signe sur lequel Morel a beaucoup insisté après M. Foville père. C'est la déformation des oreilles. On l'a accusé d'avoir exagéré la valeur de ce signe, mais il a réellement une véritable importance. Au lieu d'être formées régulièrement, les oreilles des héréditaires présentent, en effet, des déformations variées; tantôt elles sont complètement aplaties, sans saillies. L'oreille est alors comme une feuille de papier ou de parchemin; dans d'autres cas, le lobule est comme supprimé n'existe pas

ou bien n'est pas suffisamment détaché. Dans d'autres cas enfin l'oreille est très petite et ratatinée sur elle-même ; ou bien les deux oreilles ne sont pas semblables. En un mot, les déformations des oreilles sont très fréquentes chez les malades prédisposés par l'hérédité aux maladies nerveuses et mentales. On objectera qu'il y a beaucoup d'hommes distingués et même supérieurs qui présentent ces déformations des oreilles. On peut même dire sans blesser personne qu'il y a souvent dans les académies, à l'Institut, des hommes très remarquables qui présentent ces déformations. Mais ceci ne prouve rien contre la théorie générale. Cela rentrerait plutôt dans la théorie de M. Moreau de Tours qui admettait que le génie n'était qu'une forme de névrose ou une forme de l'hérédité nerveuse. Il est remarquable, en effet, que dans les familles d'héréditaires il existe quelquefois des individus isolés qui présentent des facultés supérieures, qui font des découvertes, qui sont, en un mot, des hommes éminents, mais qui ne sont souvent que des

supérieurs, mais ne sont souvent que des intelligences partielles, limitées à certaines catégories d'idées ou d'aptitudes.

Ce qui est certain, c'est que les déformations ce qui est certain, c'est que les déformations des oreilles sont un signe physique qui souvent peut mettre sur la voie de la découverte de l'hérédité nerveuse dans une famille.

Continuant l'énumération des signes physiques à signaler dans les Folies héréditaires, je dois mentionner les contractures ou les convulsions partielles des muscles du cou. Il y alors inclinaison permanente de la tête soit à droite, soit à gauche.

Il y a donc chez les héréditaires, des signes physiques qui correspondent aux altérations mentales et que l'on peut découvrir dans tous les organes de la ~~société~~ l'économie.

Morel est ainsi arrivé à relier certaines affections comme l'angine de poitrine, certaines maladies nerveuses du cœur ou des organes ~~thoraciques~~ thoraciques à l'hérédité nerveuse pathologique.

Mais c'est surtout sur les organes génitaux que doit porter l'observation. Il y aurait à cet égard, une monographie ou tout un trai-

té à faire extrêmement intéressant, non seulement sur les déformations organiques, tangiques et irritt[?] des organes génitaux qui sont fréquents chez l'homme et chez la femme (Déformations de [?] nature, anomalies de l'organisation, hermaphrodisme, altération des sexes, etc etc ; surtout sur les altérations fonctionnelles des organes génitaux sur les perversions génitales, qui sont un signe essentiel et caractéristique des Folies héréditaires. En effet, la plupart des individus prédisposés à la Folie héréditaire ou déjà atteints de cette maladie, présentent des perversions génitales. Ce sujet n'a pas encore été bien étudié. On a étudié au point de vue des lésions des organes génitaux, au point de vue local mais non pas au point de vue général. Or, la plupart des individus qui sont atteints d'impuissance, qui présentent des perversions génitales et par Ex. l'interversion des sexes sur laquelle les Allemands, et en particulier Westphal de Berlin, ont appelé récemment l'attention (c'est-à-dire

l'attraction pour le sexe semblable au sien) sont des héréditaires. L'onanisme lui-même poussé à l'extrême, au degré instinctif, insatiable, est un signe de l'hérédité morbide. Indépendamment des altérations génitales, il y a encore d'autres lésions permanentes qui sont des signes d'hérédité nerveuse. Nous citerons par ex. le bec-de-lièvre, les hernies, les pieds bots etc. sur lesquels Morel a attiré l'attention, toutes ces anomalies doivent être attribuées à une cause supérieure, à l'hérédité morbide de nature nerveuse, ce que Morel a établi d'une manière évidente dans tous ses travaux.

Signes de l'ordre intellectuel. Au point de vue intellectuel, le fait capital, c'est que les folies héréditaires présentent ordinairement beaucoup moins de troubles intellectuels que les autres variétés de la folie. Elles sont surtout caractérisées par des altérations des sentiments et des actes bien plus que par des troubles de l'intelligence. Elles sont lucides comme l'a très bien dit Mr Trélat père.

Ce sont des folies dans lesquelles l'intelligence conserve son activité et même une activité supérieure sous certains rapports. La plupart des héréditaires ont en effet des facultés éminentes mais isolées et partielles. Ex. le jeune Mondeux qui a été présenté à l'Institut il y a une [illegible] d'années comme un être tout à fait exceptionnel au point de vue du calcul. Or, c'était un épileptique et un héréditaire et chez lui, (chose remarquable qui arrive souvent dans les cas) cette faculté spéciale, hors ligne, s'est éteinte peu à peu à l'âge de la puberté, et il est même tombé dans l'idiotisme. Ce sont là des faits qui se produisent assez fréquemment pour ces facultés spéciales. Mais d'autres héréditaires les conservent pendant toute leur vie et c'est ainsi que l'on voit des musiciens, des mathématiciens, des hommes éminents au point de vue de certaines facultés spéciales, être, sous beaucoup d'autres rapports, des hommes relativement faibles d'intelligence et présentant en même temps des perversions

morales, des excentricités, des bizarreries morales de caractère qui attirent l'attention de tous, malgré l'éminence de leurs facultés spéciales. C'est là un caractère essentiel des prédispositions héréditaires qui se manifeste dès le jeune âge et peut se perpétuer pendant toute la vie. Mais ces anomalies intellectuelles ne sont pas les seuls troubles intellectuels que l'on observe chez les héréditaires. Il y a souvent dans l'intelligence des troubles spéciaux qui méritent d'attirer l'attention qui, dans certains cas, sont encore à un degré physiologique mais que peuvent arriver au point de caractériser une véritable maladie mentale.
Au degré, en quelque sorte physiologique nous avons d'abord les inventeurs. C'est là une variété spéciale d'héréditaires. Les membres de l'institut, chargés dans les commissions d'examiner les personnes qui se présentent pour se faire récompenser pour des découvertes nouvelles connaissent très bien

ces types d'individus spéciaux au point de vue de leurs prétentions aux inventions. Plusieurs fois, j'ai entendu Claude Bernard donner à Morel des détails très intéressants sur le caractère bizare et extraordinaires de la plupart de ces inventeurs qui viennent demander des prix ou des récompenses aux commissions de l'Institut. Ce sont en général de faux inventeurs mais souvent cependant ils découvrent des choses très intéressantes et très utiles, mais leurs découvertes sont partielles ou incomplètes, insuffisantes mal coordonnées et le plus souvent ils ne sont pas capables d'amener ces découvertes à bonne fin. Ils ont besoin d'être aidés par d'autres intelligences pour pouvoir compléter ces découvertes partielles, qu'ils ont trouvées comme instinctivement. Il y a donc toute une catégorie d'inventeurs qui mériteraient d'être étudiés spécia

lement et qui appartenient souvent à la grande famille des héréditaires.

Il y a d'autres malades du même genre qui sont des hypochondriaques, mais la plupart de ces hypochondriaques sont d'une nature spéciale et mériteraient d'être étudiés séparément. L'hyponchondrie des héréditaires est en effet, très spéciale. Elle porte sur des faits tout à fait absurdes au lieu de porter comme les hypochondriaques ordinaires, sur les maladies connues du poumon, du coeur, et sur la syphilis; les hypochondriaques héréditaires, au contraire, vous diront que leur sang est figé, que leur sperme est passé dans leur sang etc. En un mot, ils ont des idées étranges, absolument absurdes. D'autres malades présentent dans le degré de leur intelligence et dans leur trouble intellectuel selon les moments où on les observe. Ils ont des périodes d'excitation et de dépression, des périodes pendant lesquelles leur intelligence est surexcitée, comme dans la forme circulaire et dans d'autres périodes au contraire, leur intelligence est ralentie

dans son mouvement, ce qui les fait ressembler sous ce rapport, à de véritables circulaires. Ainsi Morel soutenait l'opinion que la forme circulaire des maladies mentales n'existait pas comme forme spéciale et que la circularité n'était qu'un caractère fréquent des folies héréditaires. Il avait raison au point de ces formes mal caractérisées de dépression et d'excitation modérée et sans régularité, mais il avait tort au point de vue des cas nets et bien caractérisés de Folie circulaire qui représentent bien une variété spéciale et bien distincte de maladie mentale. Enfin, d'autres malades appartenant également à la Folie circulaire héréditaire sont encore plus troublés au point de vue intellectuel. Ceux-là ont franchi complètement la limite de l'état physiologique de la simple prédisposition, pour entrer en plein sur le terrain de la maladie. Ces malades héréditaires ont des idées délirantes vraiment spéciales; ils ont des idées absurdes qui les poussent tout-à

à coup, qui surgissent inopinément sans avoir été préparés par un lent travail d'élaboration. Elles naissent on ne sait comment et, une fois installées brusquement dans l'esprit des malades elles y restent pendant longtemps avec une fixité désespérante. Il y a dans le mode de production des idées fausses chez les héréditaires, un caractère spécial sur lequel on n'a pas assez insisté et qui mérite d'être signalé comme l'a déjà fait Magnan. Or chose remarquable, ces malades qui s'éprennent tout-à-coup d'une idée fausse et fixe, qui la croient d'une façon absolue pendant longtemps, malgré cette fixité prolongée peuvent échanger tout-à coup d'idées. Un beau jour, l'idée disparaît aussi vite qu'elle est venue. Après plusieurs mois et même plusieurs années de durée, cette idée absurde disparaît souvent tout-à-coup pour faire place à une autre qui acquiert dès le moment le même degré de fixité. C'est là un caractère important des folies héréditaires sur lequel il importe-

d'attirer l'attention comme l'ont déjà fait le Dr Magnan et son élève le Dr Laury.

D'autres malades héréditaires arrivent aussi au délire de persécution et au délire d'orgueil, mais ces délires ne se présentent pas chez eux avec les mêmes caractères que chez les malades dont je vous ai parlé dans la séance précédente. Le délire, au lieu d'être systématisé, coordonné et de parcourir les diverses périodes que je vous ai signalées dans le délire de persécution essentiel, consiste dans des idées fixes de persécution ou d'orgueil qui restent au même degré sans modification depuis le moment de leur apparition et qui sont isolées au milieu d'une intelligence restée presque aussi saine dans son ensemble. Ces états mériteraient une description spéciale que je n'ai pas le temps de faire aujourd'hui mais je tenais à vous signaler en passant que, soit dans l'état de simple prédisposition, soit dans celui dans celui de folie héréd-

faire confirmée, l'intelligence elle-même quoique moins atteinte que dans les autres formes de la Folie, ne reste pas indemne et que même dans les folies dites lucides ou raisonnantes, il y a des troubles généraux de l'intelligence, des idées fausses, des conceptions délirantes et que, par conséquent, comme l'a toujours dit mon père le trouble de l'intelligence existe dans toutes les variétés de la folie aussi bien dans les folies héréditaires ou raisonnantes que dans les autres formes de la folie ordinaire.

Signes tirés de l'ordre moral.

Ces signes sont les principaux des folies héréditaires - Tous ces malades ont, en effet, des perturbations quelconques des affections des sentiments et des penchants. Ce sont de mauvais caractères, des hommes égoïstes et orgueilleux comme l'a dit avec raison M. Campagne dans son livre. Mais comme on ne doit pas se borner à ces phrases générales qui s'appliquent aussi bien aux ca-

ractères de l'état normal qui à des caractères pathologiques pour décrire les troubles des sentiments chez les héréditaires ; il faut aller plus loin ; il faut rester dans le domaine clinique et ne pas se borner à faire des descriptions psychologiques. C'est le tort qu'a eu le Dr Campagne dans son traité du reste très intéressant des folies raisonnantes. Il faut étudier plus profondément le trouble des sentiments et des affections chez les aliénés héréditaires. Eh bien, ces aliénés sont surtout remarquables par l'absence complète du sens moral par cynisme, par l'orgueil par l'égoïsme poussés à l'extrême et toute leur vie, toutes leurs actions, toutes leurs attitudes leur manière d'être, tous leurs actes en un mot, se ressentent de cette lacune fondamentale dans leur nature morale. Il y a là un véritable vice de nature, une lacune morale complète et tandis que, sous le rapport de l'intelli-

ils sont généralement bien doués, sous le rapport des sentiments, des affections et du moral, ils sont au contraire presque complètement nuls. Ils ont, sous ce rapport, de profondes lacunes, qui touchent presque aux limites de l'idiotisme; car, pour le dire en passant, la folie lucide, la folie raisonnante ou la folie héréditaire qui paraissent à 1re vue, les plus voisines de l'état de raison sont, en réalité, au point de vue clinique, les plus voisines de l'hérédité l'imbécillité et de l'idiotisme. C'est en cela que Morel a eu parfaitement raison de rattacher ces formes raisonnantes, aux dégénérescences, c'est à dire aux formes de débilité mentale, d'imbécillité et d'idiotisme, au lieu de les placer au sommet de l'échelle de la Folie, comme le faisaient Pinel, Esquirol et tous leurs élèves. En réalité, ces formes raisonnantes et héréditaires doivent être placées au bas de l'échelle de la Folie et non au sommet, à côté des débilités mentales et des Folies par absences de facultés, au lieu d'être

rapprochées de l'état de raison ou du génie, comme on cru devoir le faire jusqu'à présent bien à tort. Il faudrait beaucoup de détails et citer des observations particulières pour f[aire] bien comprendre, par l'observation clinique, les troubles des affections et des sentiments mo[raux] dans la folie héréditaire. Il faudrait décrire toute la vie de ces malades et c'est ce que je viens chercher à faire tout à l'heure en vous parlant de la marche de cette f[orme] de la folie. Actuellement, je ne puis insister que sur les actes comme indiquant l[es] perturbations des sentiments et des pensées dont ils sont la manifestation la plus frappante. Les actes des héréditaires peuvent être divisés en deux catégories les actes bizarres, excentriques, grotesques et les a[ctes] dangereux et criminels susceptibles de conduire ces malades devant les tribunaux. Ces actes sont innombrables. Il y aurait à faire sous ce rapport une description

d'ensemble que Morel a commencé en publiant des observations particulières très intéressantes sur ces actes bizarres et excentriques des héréditaires. Trélat père, dans son livre sur la Folie lucide, a collectionné un certain nombre de faits curieux sous ce rapport. Ainsi, il rapporte l'histoire d'une femme qui passait sa vie à collectionner dans ses tiroirs de petits papiers dans lesquels elle enfermait tous les produits de ses sécrétions et de ses excrétions. Chez les héréditaires dont je vous parlerai dans la prochaine séance il y a toute une série d'actes curieux que l'on a réunis sous le nom de maladie du toucher ou de la crainte du contact des objets extérieurs. Ces malades présentent toute une série d'actes ridicules, singuliers que je vous décrirai à propos de la Folie avec conscience. Ces actes sont un des signes importants de la Folie héréditaire. Mais, à côté de ces actes inoffensifs et ~~com~~ simplement ridicules

il y a les actes dangereux, impudiques, obs[cènes]
les actes de vol, d'incendie ou de meurtre [...]
héréditaires sont souvent conduits devant les
tribunaux pour des actes de ce genre. Chos[e]
remarquable, ces actes se produisent ordinai-
rement dans des conditions identiques. Ils
sont presque tous sans motifs au lieu d['être]
provoqués par des conceptions délirantes co[mme]
chez les persécutés, les alcooliques, au lieu
d'être produits au milieu d'un trouble g[é]-
néral des idées comme chez les épileptiq[ues]
les actes sont commis, avec précision et
quelquefois avec préméditation, mais ils
sont commis en vertu d'une impulsion [...]
d'un instinct, d'une impulsion au meurt[re]
à l'incendie, au vol, etc. Ce sont les acte[s]
que l'on a décrits autrefois sous les noms d[e]
monomanie instinctive du meurtre, de l'in-
cendie, etc ; les kleptomanes, les monoman[es]
incendiaires et les monomanes homicides.

sont, en réalité, des héréditaires qui sont poussés à des actes violents, par périodes, par accès, mais par une impulsion instinctive, irrésistible et instantanée, non motivée. Aussi, quand une fois l'acte est commis, il y a chez eux comme une détente dans leur état général; ils se livrent d'eux-mêmes à la justice, ils ne se sauvent pas; ils ne cherchent ni prétexte ni raison pour expliquer leur acte; ils déclarent eux-mêmes qu'ils y ont été poussés par une force supérieure à leur volonté. Il y a là un caractère général des actes criminels accomplis par les héréditaires qui mérite d'être signalé.

Je voudrais avoir le temps d'entrer dans les détails qui seraient nécessaires pour bien caractériser les troubles des sentiments et des penchants et la nature des actes chez les héréditaires; mais mon but a été seulement aujourd'hui d'attirer votre attention sur les caractères généraux de ces actes. La Folie héréditaire est donc caractérisée par trois ordres de signes: 1° physiques, 2° de l'ordre intellectuel, 3° de

l'ordre moral. Seulement, la grande difficulté dans ces cas consiste à découvrir des caractères pour bien distinguer la simple prédisposition de la Folie confirmée. C'est là le point véritablement délicat pour le diagnostic et qui aurait besoin d'une étude plus complète et plus approfondie. Beaucoup d'héréditaires, en effet, passent leur vie dans l'état de simple prédisposition; ils ~~sont~~ des excentriques, des originaux, des gens bizarres; ils ne sont pas encore des aliénés. Pour en faire des aliénés plus déterminés, plus précis, c'est là un point qui demanderait à être mieux étudié cliniquement d'une manière plus précise qu'on l'a fait jusqu'à ce jour.

Ce qui caractérise surtout la Folie héréditaire c'est le désordre des actes, l'altération des penchants d'abord, et, plus tard, les conceptions délirantes. Quand ces malades arrivent à avoir des conceptions délirantes délirantes des conceptions hypochondriaques les idées

de persécution, des idées de grandeur, l'existence de la folie est alors incontestable pour tous, mais il n'en est pas de même dans la plupart des cas, où il n'y a que le délire des actes et le trouble prédominant des facultés morales. C'est là l'un des points les difficiles du diagnostic de la Folie.

Mais pour ce diagnostic il faut se baser sur l'ensemble des symptômes réunis chez un même individu et sur la marche générale de la maladie. Or, c'est la marche de la folie héréditaire qui va nous occuper et qui est le véritable criterium pour distinguer la raison de la folie.

Marche de la Folie héréditaire : Cette marche est très curieuse à observer. Elle commence en général dès l'enfance. Les enfants nés de parents ayant eu des névroses ou des maladies mentales dans des familles où l'hérédité des maladies nerveuses et mentales a été accumulée pendant plusieurs générations présentent en général dès leur bas âge des dispositions spéciales

Ils ne peuvent pas vivre en commun. On les met dans des pensions, dans des lycées, on cherche à les élever dans la famille et l'on ne peut rien obtenir d'eux. Ils sont ingouvernables sous tous les rapports. Les directeurs comme les parents échouent presque toujours dans la direction à imposer à ces enfants; on ne peut arriver à rien. Ils sont différents de tous les enfants de leur âge; ils s'isolent, sont tristes, sauvages, colères orgueilleux vagabonds, ne pouvant tenir en place en un mot incoërcibles. Ils ont souvent des instincts de férocité envers les animaux. En un mot, ils ont dès leur jeune âge, des dispositions mentales et morales tout à fait particulières. Mais c'est surtout au moment où approche l'époque de la puberté que l'on commence à constater chez eux des phénomènes vraiment pathologiques. Ces phénomènes se manifestent dans l'ordre ~~moraux~~ nerveux et dans l'ordre mental. Ils éprouvent des symptômes choréiformes, des convulsions partielles

ou générales, du délire pour le plus simple prétexte, un coryza, par Ex, et ils éprouvent souvent des délires très intenses et très continus. Ils ont alors des accidents cérébraux variés, singuliers, qui déroutent le diagnostic et le pronostic du médecin. Les malades qui semblent légèrement atteints peuvent mourir subitement; d'autres au contraire, paraissent très gravement atteints, on annonce leur mort, et ils reviennent à l'état normal au bout de très peu de temps. Il y a chez eux des maladies à surprises, qui déjouent toutes les prévisions des médecins les plus exercés. C'est là un des caractères les plus remarquables de ces folies de la puberté, du jeune âge, qui commencent quelquefois à 12, 13 ou 14 ans, même avant le développement physique de la puberté. C'est là un fait très important à noter dans la marche des folies héréditaires. Très souvent aussi ils ont à cette époque des méningites ou des accidents cérébraux graves qui les emportent. D'autres, au contraire, traversent cette période difficile de

l'enfance et de la puberté et vers 16, 17 ou 18 ans, les jeunes filles comme les jeunes gens subissent alors dans leur état une transformation radicale sur laquelle il importe d'attirer l'attention. Il se produit alors dans le chemin de leur vie comme une sorte de bifurcation et ils peuvent alors suivre deux voies différentes. Les uns marchent vers la démence précoce, l'imbécillité et l'idiotisme; les autres au contraire, vers la démence des actes, vers la folie raisonnante, vers la folie héréditaire. Les uns, comme certaines jeunes filles hystériques ou hystériformes, arrivent rapidement à la démence précoce, à l'imbécillité ou à l'idiotisme. Ces malades, quoi que très jeunes restent incurables et passent ensuite toute leur vie dans un état de démence et de stupidité. D'autres, au contraire, marchent vers la folie raisonnante ou héréditaire. Ce sont ceux là qui sont aujourd'hui l'objet de notre étude. Ces malades ont alors une activité désordonnée. Ils ont besoin de changer de position

de profession ; ils ne peuvent se soumettre à aucune règle. Ils s'engagent dans la marine ~~et~~ ou dans l'armée et se font traduire devant les conseils de guerre ou ils se font condamner ou sont graciés après avoir été condamnés. En un mot, ils échappent d'une manière ou d'une autre aux lois de la discipline. Ils échappent à l'armée, à la marine, entrent dans un couvent, font des voyages, se livrent aux actes les plus excentriques, passent par les professions les plus diverses. On a vu des malades de ce genre à l'âge de 25 ou 28 ans, avoir déjà fait 8 ou 10 professions. Ils changent à chaque instant de situation ; ils se font passer pour des ~~malad~~ modèles de vertu et, dans d'autres moments, ils s'abandonnent à tous les excès. Ils passent ainsi par les situations morales et spéciales les plus diverses. Quelquefois enfin ils se marient et alors au bout de temps ils abandonnent leur femme pour aller vivre avec d'autres, en un mot ils ont l'existence la plus singulière, la plus vagabonde et la plus inexplicable.

C'est là le caractère principal des aliénés héréditaires

Mais à ces caractères tirés de la marche, il faut ajouter des caractères physiques et principalement les perversions génitales dont je vous ai parlé tout à l'heure et qui existent chez presque tous sinon chez tous ces malades. Mais indépendamment de ces perversions génitales si importantes à connaître, il y a de temps en temps chez ces malades pendant le cours de leur vie des accidents cérébraux nerveux, convulsifs ou délirants qui sont un caractère physique très important de ces folies héréditaires et un fait capital à signaler dans la marche de leur maladie. Chez ces individus qui passent souvent pour de simples excentriques, il se produit souvent des accès subits de troubles cérébraux plus intenses du délire pour le moindre prétexte, des accidents nerveux ou choréiformes, accès de maladie cérébrale qui peut entraîner la mort mais qui, d'autres fois guérit très rapidement et aboutit au

à la confusion sont les intoxications par le phosphore, l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone, etc etc. Elles ont beaucoup de points de contact avec la paralysie générale. Il y a du tremblement et une paralysie incomplète dans les membres supérieurs et inférieurs et quelquefois de l'embarras de la parole; mais l'anesthésie, l'hypéresthésie, les troubles des sens, les lésions plus profondes de la mobilité et de la sensibilité servent à établir le diagnostic. ~~de pl~~ De plus dans ces intoxications quand l'intelligence est atteinte, c'est sous forme de démence simple, de perte de mémoire, d'obtusion, ~~de~~ ~~mence~~ ~~simple~~ des idées et non avec les caractères du délire propres à la paralysie générale

C'est l'alcoolisme qui prête le plus à la confusion. Elle est d'autant plus facile que les deux maladies coïncident souvent. On voit des individus devenir paralytiques à la suite d'excès de boissons et les deux maladies se mélangent. Dans

l'alcoolisme, le tremblement est très prononcé et général ; le corps tout entier est ébranlé. Il y a anesthésie des extrémités supérieures et inférieures, des lésions des sens et surtout des perceptions subjectives de la vue ; enfin le trouble mental est tout différent. Dans un cas, délire de grandeur et de satisfaction et dans l'autre, idées tristes, terreurs, idées de persécution, hallucinations nombreuses de l'ouïe et de la vue, des ~~en~~ visions d'insectes, de mouches, d'animaux, etc. Cependant, il y a des cas très difficiles d'alcoolisme chronique qui se rapprochent tellement de certaines formes de la paralysie générale, qu'il faut attendre avant de se prononcer et suspendre son jugement. Il faudrait plus de détails et plus de temps pour établir avec plus de soin et d'exactitude le diagnostic différentiel, mais ces indications générales suffisent pour démontrer qu'il

ne suffit pas de constater une paralysie incom-plète plus ou moins généralisée ou un certain degré de démence ou de débilité intellectuelle pour affirmer l'existence d'une paralysie gé-nérale. Ces symptômes à ce degré peuvent exister dans beaucoup de maladies cérébrales, médullaires et autres et confondre ces diverses maladies entre elles sous prétexte de quel-ques analogies de symptômes serait mar-cher en sens inverse du progrès et de l'a-vancement de la science! On a eu le tort de réunir trop facilement sous le même nom vague de paralysie générale progressive les maladies les plus diverses et c'est ainsi que l'on a faussé, sous tous les rap-ports l'histoire de la paralysie générale.
Le diagnostic différentiel entre ces différents états est donc indispensable pour faire reposer la paralysie générale sur une base clinique véritable et pour éviter des confusions qui jettent la perturbation dans l'histoire de cette maladie

retour pur et simple à l'état antérieur.
Or, ces malades ont souvent plusieurs fois dans leur vie des accidents cérébraux très graves qui semblaient devoir entraîner leur mort et qui guérissent comme par enchantement. On n'a pas assez insisté sur l'existence de ces accès intenses de troubles cérébraux qui existent souvent chez les héréditaires et constituent un symptôme important de leur maladie qui se reproduisent à divers intervalles et qui, après avoir guéri plusieurs fois finissent par entraîner leur mort. Les héréditaires meurent souvent de bonne heure par des accidents cérébraux soit de l'ordre moteur et sensitif soit de l'ordre mental. Ce sont là des faits très importants à noter pour rattacher cette maladie à toute la pathologie cérébrale, pour prouver que c'est bien une maladie et non une simple déviation de caractère et pour décrire exactement cette forme spéciale de maladie mentale.
Je voudrais insister plus longuement sur la marche de la Folie héréditaire mais le temps me presse et je veux en tirer seulement cette conséquence que ces folies héréditaires sont sou-

vent rémittentes et qu'elles présentent souvent des accès intenses de courte durée qui sont remplacées par un simple retour à l'état antérieur.

Les folies héréditaires sont donc toutes essentiellement rémittentes. C'est là un fait important pour le pronostic de l'accès qui n'est pas aussi grave que l'on pourrait le croire tout d'abord. On a dit souvent que les formes héréditaires des maladies mentales étaient toujours incurables. C'est vrai de l'ensemble de la maladie mais ce n'est plus vrai s'il s'agit des accès qui peuvent guérir au moins momentanément.

Du reste, ces maladies sont réellement graves par elles-mêmes, au point de vue des rechutes et au point de vue de l'espèce par la stérilité et l'extinction de la famille qui peut arriver après plusieurs générations.

Le temps me presse et je veux résumer d'une manière rapide, les caractères principaux des folies héréditaires qui peuvent permettre de les distinguer de toutes les autres

Le premier de ces caractères c'est qu'elles sont essentiellement rémittentes ou intermittentes : toute folie héréditaire est une folie à surprises, une folie dans laquelle il y a des accès intenses et qui sont remplacées par un retour à peu près complet à la raison.

Un second caractère c'est qu'elles toutes plus ou moins lucides. Malgré le trouble assez étendu de l'intelligence qui peut survenir dans certains moments l'intelligence générale des héréditaires est bien conservée ; ils peuvent raisonner sur tous les sujets ; ils ont des jugements faux, mais ils raisonnent avec une grande facilité d'élocution et beaucoup de mouvement intellectuel. Ce sont des fous raisonnants, des fous lucides ; aussi leur folie est-elle souvent contestée.

Le 3me caractère consiste dans ce fait que ces fait que ces folies n'aboutissent presque jamais à la démence, excepté dans les cas que j'ai signalés à la suite de la puberté faits dans lesquels ils se produit une démence précoce, les folies héréditaires de l'âge adulte n'aboutissent presque jamais à la démence ; les malades

meurent dans des accès cérébraux graves, mais après avoir conservé pendant toute leur vie, l'activité de leur intelligence

Le 4me caractère c'est qu'elles sont surtout caractérisées par le délire des actes et par les troubles des sentiments et des penchants. Un autre caractère est celui que j'ai signalé précédemment, c'est que ces folies ne présentent presque jamais d'hallucinations. Ce symptôme si fréquent dans d'autres formes de la folie et en particulier dans le délire de persécution est extrêmement rare dans la folie héréditaire, ces malades ne présentent d'hallucinations d'aucun sens, à aucune période de leur maladie, excepté peut être pendant les actes passagers de trouble mental très intense.

Enfin, un dernier caractère est tiré de la nature des idées délirantes quand elles existent, et de leur mode de production. Comme je vous le disais tout à l'heure les héréditaires sont souvent pris tout à coup d'une idée fausse, d'une ou de plusieurs conceptions délirantes.

Elles ~~qui~~ surgissent tout - à - coup comme

d'une boîte à surprises qui s'installent dans l'esprit, y règnent en maîtresse pendant plusieurs mois et même plusieurs années et qui disparaissent ensuite presque aussi rapidement qu'elles sont produites pour être remplacées par d'autres idées qui acquièrent la même fixité. C'est là un caractère fréquent des folies héréditaires à une période plus avancée.

A tous ces caractères tirés de l'ordre moral il faut ajouter tous ceux de l'ordre physique que j'ai décrits tout à l'heure et qui peuvent être divisés en caractères physiques permanents et en caractères physiques temporaires. Les caractères permanents sont toutes les déformations organiques dont je vous ai parlé ainsi que les perversions génitales.

Les caractères accidentels ou temporaires ce sont ces accidents cérébraux intenses convulsifs ou délirants qui surviennent à longs intervalles dans le cours de l'existence de ces malades et qui souvent, à la fin, entraînent la mort de ces malades. Vous voyez donc qu'il y a là un ensemble de caractères

physiques et moraux très importants qui permettent de distinguer, dès à présent, dans l'état actuel de la Science, la Folie héréditaire des autres espèces de Folie.
Quand on a éliminé dans un asile d'aliénés les paralytiques généraux, les persécutés, les hystériques, les épileptiques, les alcooliques les mélancoliques et les maniaques, ainsi que les malades atteints de formes moins fréquentes mais cliniquement bien décrites de maladies mentales, on arrive enfin à un groupe qui jusqu'à présent ne pouvait recevoir aucune dénomination spéciale, un caput mortuum de faits que l'on ne savait où classer. Ce groupe de faits recevait autrefois le nom vague d'excitation maniaque; ce mot ne représentait absolument aucune idée médicale ni clinique. C'était l'enfance de l'art. Eh bien, aujourd'hui grâces aux travaux de Morel nous sommes arrivés à plus de précision dans le diagnostic et la description de ces cas diffi-

ciles de manie sans délire ou de folie raisonnante. Tous ces faits appartiennent au grand groupe des folies héréditaires. Ils sont liés à l'hérédité morbide chez les ascendants et chez les descendants. Ils sont un des anneaux de la grande chaîne de transformations héréditaires. Ce sont des malades appartenant à la grande famille des aliénés à hérédité accumulée. Il faut donc rattacher l'individu à l'espèce et à la famille. Il faut rechercher quels ont été ses ascendants et quels seront les descendants. C'est une longue chaîne non interrompue qui présente une certaine irrégularité entre les divers anneaux qui présente des oscillations et des variantes dans son évolution mais qui est cependant continue et progressive dans son ensemble.

On descend ainsi progressivement tous les degrés de l'échelle intellectuelle et des perturbations morbides. On commence par l'état nerveux proteiforme on arrive peu à peu aux névroses et aux diverses vésanies puis aux folies raisonnantes, hystériques

et épileptiques ; enfin, en descendant toujours on arrive à l'imbécillité et à l'idiotisme. Il y a comme une chaîne non interrompue d'états maladifs successifs, s'aggravant de plus en plus pour arriver enfin à la stérilité et à l'extinction de la race soit par la stérilité des parents, soit par la mort des enfants en bas âge. Il y a là une loi générale d'hérédité qui domine tous les faits particuliers qui se succèdent chez tous les individus d'une même famille à travers plusieurs générations. Or, les faits de folie lucide ou de folie héréditaire rentrent tous dans cette famille, comme les anneaux de la même chaîne et doivent être mis à leur place dans la série successive des phénomènes héréditaires. Voilà pourquoi jusqu'à ce que nous possédions enfin une classification plus complète et plus naturelle il importe de conserver le grand groupe des folies héréditaires créé par Morel

et qui un véritable progrès sur les folies décrites par nos devanciers.

Dans la prochaine séance, je me propose d'étudier certaines variétés de folies héréditaires qui sont réellement spéciales et qui méritent une description particulière sous le nom de folies avec conscience ou de délires émotifs. Ces mots ne conviennent peut être pas très bien pour les désigner toutes ~~dans une même description~~ mais jusqu'à présent nous ne connaissons pas d'expression plus claire et plus exacte pour englober dans une même description tous ces états pathologiques qui présentent à la fois des troubles nerveux et des troubles variés de l'ordre mental. Nous les appellerons donc états de délire émotif ou de folie avec conscience et nous en ferons l'objet de la prochaine leçon.

Cours de 1885

7 9bre 85.

On peut admettre aujourd'hui cinq grandes classes dans les maladies mentales.

1° Folies liées à des lésions organiques appréciables.

2° Folies liées à des intoxications variées. Ex. alcoolisme.

3° Folies névrosiques ou vésaniques proprement dites. Ex. Maniaques, Mélancoliques, délire de persécution etc.

4° Folies liées à l'hérédité ou Folies de dégénérés.
(Folies raisonnantes, Folies avec conscience et Folies périodiques)

5° Folies résultant de la transformation d'une névrose.
Folies Epileptiques, hystériques, hypochon-

driaques, choréiques, etc etc)
Telle est la tentative générale de classification que nous croyons la plus acceptable dans l'état actuel de nos connaissances

---

15 Novembre 1885

Leçon divisée en trois parties
Préambule sur les classifications provisoires du moment.

1° Historique de la Paralysie générale depuis 1822 jusqu'à ce jour. Cinq étapes d'Esquirol complication. 2° Bayle, unité morbide. 3° Requin Sandras, Duchenne de Boulogne, Brierre de Boismont. 4° Baillarger et Lunier – Ensuite état stationnaire. Ma thèse celle de Lasègue, le discours de Parchappe. Depuis cette époque de nouveaux elements d'observation sont survenus 1° durée plus longue de la maladie. 2° rémissions. 3° Délire mélancolique. 4° grande inégalité de la marche de la maladie selon les malades, variétés médulaires et autres. De là une 5me période à laquelle nous assistons

où l'on commence à démolir ce que l'on a édifié.

V. Description générale de la maladie d'après ces principes ; hérédité : Doutrebente et Lionet. Signes de la prédisposition : Variétés de début : 1° Variété paralytique des hôpitaux ordinaires et sous variété médullaire. 2° Variété congestive et sous variété épileptique. 3° Variété mélancolique et forme mélancolique pendant le cours de la maladie. Sous variété circulaire. 4° Variété expansive ; description de la période prodromique avec ses caractères successifs. Entrée dans les asiles : description détaillée du délire et monomaniaque se transformant peu à peu en Manie. Caractères spéciaux de ce délire : mobile, multiple, absurde et contradictoire. Ces caractères s'appliquent à toutes les conceptions délirantes et même

au délire mélancolique — Détails sur ce délire ; passage à l'état maniaque qui dure longtemps ; remissions ou passage à la démence ; dernières périodes.

3º Conclusion : il y a des variétés et l'histoire est à refaire sur de nouvelles bases : il faut faire pour les scléroses cérébrales ce que l'on a fait pour les scléroses médullaires.

---

20 9bre 1885

Points principaux à développer dans la seconde ~~période~~ Leçon sur la paralysie générale.

1° Caractères de la période prodromique qui a lieu dans le monde et qui est la vraie période médico légale.

2° Caractères du délire paralytique à la période de début de la variété expansive : délire mobile, multiple, absurde et contradictoire par opposition à celui de la mégalomanie.

3° Caractères du délire mélancolique aux diverses périodes.

4° Les rémissions au point de vue médico légal et clinique.

5° La forme suraigüe de la paralysie générale ou méningite subaigüe avec augmentation de chaleur, amaigrissement, marasme

cachexie, escharres, furoncles, danger de mort en passage à la rémission ou à la démence, grav. des suppurations de Baillarger.

6.° Comparaison de la marche de la maladie avec celle de la phthisie.

7.° Variétés de marche de cette maladie à la seconde et à la 3me période;
paralytiques maniaques et agités et paralytiques de forme débile ou de démence simple.
Paralytiques qui marchent jusqu'à la fin et meurent debout et paralytiques pris de bonne heure par les membres inférieurs et restant longtemps immobiles sur un fauteuil percé, avec ou sans agitation.

8.° Parallèle de la paralysie générale chez l'homme et chez la femme.

9.° Diagnostic différentiel avec les autres maladies cérébrales et médullaires et avec l'alcoolisme chronique.

10.° Anatomie pathologique.

11° Étiologie

12° Pronostic

13° Traitement hygiénique et médical. Divers genres de mort.

---

6 8bre 1889.

Travaux scientifiques à faire :

1°: Préparer mon cours. (8 leçons)
2°: Copier les rapports de Lasègue sur la médecine légale.
3°: Préparer un travail sur la simulation de la Folie.
4°: Rédiger le rapport sur la loi de 1838 (analyse et critique du rapport Roussel)
5°: Faire un travail sur le délire de persécution (description clinique classique)
6°: En faire un autre sur les persécutés persécuteurs.
7°: Faire un travail sur les diverses variétés de la folie avec conscience.
8°: id un travail sur le délire basé sur le

vrai, sur le possible et sur l'absurde comme diagnostic et comme médecine légale.

9° Préparer un travail sur les diverses vari[étés] de la folie héréditaire divisées en espèces et variétés et en deux groupes les folies rece[vant] simplement l'empreinte de l'hérédité mor[bide] et celles qui peuvent être appelées plu[s] spécialement héréditaires <u>essentielles</u>, c'est à dire les folies raisonnantes et les folies ave[c] conscience

Subdivision très importante à établir puis[que] les raisonnants véritables ne se croient pas du tout aliénés tandis que les aliénés av[ec] conscience, comme les hypochondriaques, (physiques ou moraux) exagèrent la gra[vi]vité de leur état maladif, sans pour[tant] consentir à le taxer du nom de folie! Ils craignent de devenir fous mais disent alors qu'ils ne le sont pas encore! La folie avec conscience est-elle une folie?

Faits principaux à noter dans le délire de persécution.

1°. Vocabulaire spécial

2°. On leur dit des bêtises, des mots dont ils ne comprennent pas le sens.

3°. Il y a dédoublement de la personnalité et il existe des influences favorables qui les protègent en même temps que des influences nuisibles qui les attaquent ; il y a le côté de la défense et de la protection en ~~même~~ face de l'accusation et de l'attaque.

4°. Les hallucinations complexes de plusieurs sens s'attirent les unes les autres : une hallucination de la sensibilité attire une hallucination de l'ouïe qui l'interprète ou l'explique.

5°. Les hallucinations de la vue peuvent exister à une période avancée mais ce sont des phénomènes subjectifs produits par les per.

persécuteurs et que les malades jugent comme des faits de nature morbide, dont ils ne sont pas du-
pes et qu'ils jugent comme des faits illusoi-
et non comme des faits vrais

6.° Persécutés qui ne bornent pas la persécution à eux-mêmes, qui l'étendent à tout ce qui les touche, à leur mari, à leur femme, à leurs enfants, et même à leurs animaux, en un mot à tout ce qui dépend di eux ou se rattache à eux.

7.° Persécutés plus chroniques encore qui ne comprennent plus le sens des paroles qu'on prononce et ne peuvent en deviner la signification. On leur dit des bêtises ou des choses incompréhensibles

8.° Conversations mentales; écho, dialogues. Monologues; plusieurs voix qui se répondent et qui sont parfaitement distinctes ou qui appartiennent à des individus inconnus.

9.° Tout le monde sait ce qu'ils éprouvent ils n'ont pas besoin de l'expliquer. C'est connu du monde entier : Vous le savez aussi

bien que moi ! C'est de notoriété publique. C'est répété par les journaux, par tous les échos d'alentour.

10.° Réticences continuelles. On ne veut pas s'expliquer ou l'on parle par allusion : ou à mots couverts. On s'arrête à moitié chemin dans les explications. On ne répond ni oui ni non, comme les normands. On craint de se compromettre et l'on se tient sur la réserve.

---

9 bre 86.

Sujets des Leçons.

1° Mouvement général de la médecine mentale depuis 40 ans.

2° de l'hérédité de la Folie et des névroses en général.

3° Du diagnostic général de la Folie

4° De la responsabilité

5° Des réformes à apporter à la loi de 1838.

6° Des limites à imposer à la Folie héréditaire (résumé de la discussion à la Société psychologique)

7° De l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique.

8° Des divers états émotifs, à l'état semi-physiologique et à l'état pathologique

9° Epilepsie, hystérie et cérébraux de Lasègue

9° Des Folies intermittentes et périodiques en général et en particulier.

—

7 7bre 86.

Plan de la Leçon sur la responsabilité totale ou partielle et sur le diagnostic général de la Folie.

Indication rapide des sujets traités dans les leçons de l'année dernière et de ceux que j'ai l'intention d'aborder cette année.

Aujourd'hui je consacre la leçon à un sujet et qui est à l'ordre du jour la responsabilité partielle.

1° Historique de la question en Angleterre et dans les autres pays. Critériums divers adoptés pour limiter le délire. Discernement du bien et du mal, en général ou relativement à l'acte incriminé. Existence du délire : actes en dehors ou dans la sphère du délire. En Amérique, en Allemagne et en France. Delasiauve, Belloc, Ott, Molinier, Legrand du Saulle, discussion

à la Société médico-psychologique. État actuel de la question.
Réfutation de la doctrine de la responsabilité partielle. Impossible de se limiter dans la pratique. Distinction entre la responsabilité morale et la responsabilité légale. Deux échelles ascendante et descendante. Nécessité d'un criterium solide et inébranlable, scientifique et médical et non d'un criterium flottant.

2° Pour établir ce criterium médical. Digression sur les moyens généraux du Diagnostic de la Folie. 3 criteriums généraux admis et insuffisants. 1° Libre arbitre. 2° Conscience de son état. 3° comparaison de l'individu avec lui-même transformation de la personnalité. Mais tout criterium absolu est insuffisant pour distinguer la raison de la Folie. Il faut se baser 1° Sur l'ensemble des symptômes psychiques; chacun des symptômes

psychiques ; chacun des symptômes élémentaires pris part est insuffisant : idées délirantes, hallucinations Impulsions, modifications de la sensibilité morale, Il faut la réunion de ces symptômes Non existence de la monomanie

2° sur l'examen des symptômes physiques.

3° Sur la Marche de la Folie.

Tels sont les éléments généraux du diagnostic. Pour le compléter scientifiquement il faut faire rentrer le cas particulier dans une catégorie clinique préalablement connue.

Telles sont les bases du criterium médical pour distinguer la raison de la Folie.

Eh bien, la médecine légale, c'est-à-dire la question de responsabilité, repose tout entière sur cette question de diagnostic. Il n'y a pas à poser la question de responsabilité : il n'y a qu'à établir l'existence de l'état de maladie ou de l'état de folie, sans discuter ensuite sur les degrés de responsabilité.

3me Partie. On ne peut admettre la responsabilité totale ou partielle chez les aliénés que dans deux circonstances / 1°

dans les rémissions intermittences ou intervalles lucides, c'est à dire dans certains moments de la maladie. et 2° dans les conditions de trouble mental qui ne sont pas la Folie proprement dite.

1° Apoplexie et Aphasie
2° Epilepsie
3° Hystérie.
4° Alcooliques
5° Périodes prodromiques.
6° Période de prédisposition et de convalescence.
7° Les états de faiblesse intellectuelle native

Dans tous ces cas, qui ne sont pas la Folie confirmée et caractérisée on peut discuter la responsabilité et admettre qu'elle peut être acceptée comme simplement atténuée.

4° Partie. Actes civils opposés aux actes criminels

5me Partie. Mesures à prendre pour les aliénés dits criminels.

Conclusion

Annonce de la prochaine leçon sur l'hérédité en général et ensuite sur les Folies héréditaires et leur limitation plus ou moins étendue.

---

13 9bre 86.

La leçon sur l'hérédité doit être une leçon générale sur l'influence de l'hérédité comme cause productrice de maladie mentale et comme imprimant son cachet spécial à un certain nombre de formes de maladies mentales. Il faut d'abord parler de l'hérédité, en général, à l'état physiologique, hérédité des qualités et des défauts des ascendants. Hérédité des facultés spéciales (musique, peinture, calcul, etc etc) hérédité du crime et des mauvais instincts, des facultés morales et intellectuelles etc. Faire à cette occasion la part de l'hérédité et de l'innéité. Prosper Lucas et Moreau de Tours.

Seconde partie. Hérédité pathologique de toutes les maladies en général, cancer, phthisie, etc, etc.

Hérédité spéciale du système nerveux. 1° hérédité similaire, 2° hérédité transformée

arbre généologique, directe, atavique, collatérale.
Les névroses et maladies mentales alternent et vont ensuite en s'aggravant
3° Hérédité allant en s'aggravant progressivement jusqu'à la stérilité et à l'extinction de la race et se compliquant d'anomalies et de dégénérescences dans les diverses fonctions de l'économie, stigmates physiques et stigmates de l'ordre moral
Développement des idées de Morel pour les maladies nerveuses et mentales en général.
3me partie Influence de ces données générales sur la Pathologie mentale.
La science spéciale tend à se transformer sous l'influence de ces idées générales
Point de vue anthropologique de ces idées générales. Comme l'a dit Morel les maladies mentales observées dans les asiles doivent être considérées comme le dernier terme de la dégénérescence progressive de l'espèce humaine ter

dant à la transformation de races maladives aboutissant peu à peu à la stérilité et à l'extinction de la race. La pathologie mentale envisagée à ce nouveau point de vue devient une branche secondaire de l'anthropologie et les maladies mentales doivent être envisagées toutes dans leurs rapports avec les lois de l'hérédité.

4.° Dès à présent, on peut diviser toutes les maladies mentales en deux catégories

1.° Celles qui semblent naître d'elles-mêmes être dues à des causes sympathiques, traumatiques, congénitales ou individuelles, physiques ou morales, et celles qui portent le cachet de l'hérédité morbide ou l'empreinte de l'hérédité. Ces dernières doivent être distinguées soigneusement des folies héréditaires proprement dites, telles que les folies raisonnantes, les états émotifs et les folies intermit-

tentes ou périodiques. Dans les séances suivantes nous décrirons ces folies plus spécialement héréditaires. Aujourd'hui nous énumérerons les formes mentales qui subissent l'influence de l'hérédité. 1° Paralysie générale 2° Alcoolisme, 3° Délire de persécution. 4° Hypochondrie, 5° Epilepsie, 6° Hystérie.

---

19 9bre 86.

La Leçon sur l'hérédité en général, doit être divisée en 4 parties.

1re Partie. Lois de l'hérédité en général, au point de vue physiologique.
Hérédité physique et hérédité des qualités morales et du crime. Prosper Lucas et Ribot.

2me Partie. Hérédité pathologique des maladies en général et des maladies nerveuses et mentales en particulier.

Trois espèces d'hérédité :

2° Hérédité transformée des maladies nerveuses et mentales entre elles : Baillarger, Moreau de Tours, Prosper Lucas.

1° Hérédité directe et similaire. Parents, ascendants, et collatéraux. Ce 1er point passe avant le précédent.

3.° Hérédité transformée mais accompagnée de signes de dégénérescences allant en s'aggravant et aboutissant à la stérilité et à l'extinction

de la race
Morel, traité des dégénérescences. Point de vue au
Anthropologique.

3me Partie. Influence de ces idées nouvelles sur la pathologie mentale, en général, considérée comme une simple branche secondaire de l'anthropologie les maladies mentales, des asiles étant considérées comme des formes terminatives de maladies antérieures de l'alcoolisme, de causes dégénératives s'étant exercées d'abord à l'état normal.

Point de vue Anthropologique de Morel.

4e partie. Les maladies mentales doivent être divisées en deux grandes classes : 1° Les Folies sympathiques traumatiques, individuelles (par cause physique ou morale) ou congénitales etc, et 2° les Folies ayant subi l'influence de l'hérédité, portant l'empreinte de l'hérédité morbide, qui se subdivisent à leur tour en deux catégories distinctes, savoir, celles qui ont simplement subi cette empreinte.

1°: Paralysie générale, Alcoolisme, délire de persécution, hypochondrie, hystérie, épilepsie.) et celles qui sont plus spécialement héréditaires. Folies raisonnantes ou folies d'action, États émotifs et folies intermittentes ou périodiques.

---

73 9bre 86.

Folies périodiques ou intermittentes

Les unes ont de la régularité dans leur reproduction, ~~mais~~ les autres n'en ont pas, mais se reproduisent à divers intervalles et plusieurs fois dans le cours de l'existence. Les unes ont des accès courts et rapprochés, les autres des accès longs et éloignés. Folies périodiques à courtes et à longues périodes.

Toutes les folies périodiques maniaques ou mélancoliques ont des caractères communs.

1° Elles sont toutes héréditaires et souvent héréditaires sous la même forme, chez les ascendants et les descendants.

2° Elles ont une invasion rapide et avec des prodromes physiques et moraux toujours les mêmes.

3° Tous les accès successifs se ressemblent dans leurs plus petits détails et dans

la succession de tous les symptômes. Qui a observé un accès connaît tous les autres. Cela est vrai des folies épileptiques comme de toutes les autres folies périodiques, maniaques ou mélancoliques.

4°. L'accès a ordinairement les mêmes caractères pendant toute sa durée avec peu de différences de degré d'un moment à l'autre, jusqu'à une époque très voisine de sa terminaison.

5°. La cessation de l'accès est aussi rapide que sa production. En quelques jours ou en quelques heures, le malade revient à la raison. C'est comme un voile qui tombe.

6°. Pendant l'intermittence le malade revient tout à fait à la raison, à l'état normal, et ne conserve aucune trace de la maladie ni de faiblesse intellectuelle quoi qu'en ait dit M. Billod. Il recouvre sa lucidité et sa liberté morale, et n'a pas honte de sa maladie comme

les autres aliénés. Il revient à l'asile et revoit sans peine les médecins.

---

4 Xbre 86.

Description de la Folie circulaire ou à double forme.

Il existe plusieurs variétés de folie circulaire mais surtout celles à courte et à longue échéance
État de dépression. Divers degrés de dépression. Le plus général, c'est la dépression simple, le fond de la mélancolie sans le relief ou mélancolie sans délire: affaissés, déprimés, disposés à l'immobilité, restent assis ou couchés, tendance au silence et au mutisme. Cependant dans les 1ers degrés, ils sont disposés à se plaindre de leur maladie, de leurs souffrances physiques et morales. Insensibles et indifférents à tout: hypochondrie morale. Ils ne peuvent plus vouloir, ils restent des heures entières dans la même attitude Intelligence ralentie et presque nulle. Tout effort d'esprit les fatigue.
Symptômes physiques. Digestions pénibles, nutrition mauvaise, peau sèche et rugueuse

sécrétions diminuées et même taries, plus de salive ni de larmes ralentissement des mouvements, de la circulation et de la respiration. Quelques soupirs. Le pouls descend à 45 et même à 25. Extrémités froides, bleuâtres, enflées, urines rares et peu abondantes. Douleur poignante à l'épigastre. Anxiété précordiale; serrement et vacuité de la tête. Ces sensations disparaissent comme par enchantement avec le changement de période. Actes et tenue des malades en rapport avec cette inertie physique et morale. Pas de soins de propreté, négligent leurs vêtements ou ne s'habillent pas. Ne songent ni à manger ni à accomplir les actes les plus indispensables et deviennent gâteux.

Tel est l'état habituel de mélancolie sans délire, mais pour compléter l'observation il faut ajouter que dans un certain nombre de cas, il y a des conceptions délirantes de

ruine, de culpabilité ou de damnation, de la mélancolie anxieuse et même de la stupeur mais, en général, même dans ces cas extrêmes de mutisme et de stupeur, les malades assistent à tout ce qui se passe au dehors et peuvent en rendre compte, après la cessation de l'accès, d'une façon qui étonne tous les observateurs qui les croyaient absolument endormis!

État d'excitation; présente les phénomènes inverses. Surexcitation de toutes les facultés; symptômes de l'excitation maniaque sans prédominance marquée dans les idées délirantes.

Besoin incessant de mouvement et d'activité, pas un instant de repos pour parler et pour agir. Visites continuelles, lettres, invitations, excès de tous genres, font de la nuit le jour. Conçoivent les projets les plus variés, entreprennent des voyages, des achats, de constructions, ressemblent au 1er degré de l'ivresse et à la période prodromique de la paralysie générale

Intelligence surexcitée dans toutes les facultés, fermentation intellectuelle rapidité d'idées plus grandes encore que la volubilité des paroles. Les malades s'étonnent eux-mêmes d'avoir plus d'esprit qu'avant et les assistants s'en étonnent encore davantage. Mémoire surexcitée, récitations de pièces de vers, poësies, composent des vers, font des discours etc etc.
Cependant, il se mêle toujours à cette suractivité un grand désordre, sentiments et penchants aussi surexcités que l'intelligence. Toutes les passions sont en fermentation dans leur cœur comme les idées pullulent dans leur esprit. Joie la plus excessive et émotions passagères de tristesse, passent brusquement de l'affection à la colère, de l'amour et de l'érotisme à la haine, à la jalousie et à la vengeance.

Malgré leur gaîté habituelle, ils sont malveillants, taquins, querelleurs et les

plus malfaisants des aliénés.
Autant les paralytiques généraux sont bienveillants autant les circulaires aiment à faire le mal. Ils ressemblent sous ce rapport aux hystériques par l'esprit du mal et les inventions mensongères. Cynisme analogue. Ils attaquent l'honneur, la réputation de tous et parviennent souvent à porter la conviction dans les esprits.
Ils Les impulsions participent à la surexcitation générale. Mouvements violents, incoercibles et souvent très dangereux.
Les actes surtout dénotent le trouble profond de toutes les facultés. Malgré les apparences de raison ils sont les plus désordonnés des aliénés. Leur démarche, leur manière de parler, leur tenue, tout est spécial et permet de les distinguer, de les reconnaître à distance dans les cours des asiles d'aliénés. Accoutrement particulier, vêtements malpropres, déchirés et dans nos asiles modernes si bien tenus ils contrastent avec tous les autres par leurs costumes bizarres. Ils ont les poches pleines de petits papiers et de

chiffons et ce seul caractère suffirait pour les faire
reconnaître. Les symptômes physiques correspondent aux faits de l'ordre intellectuel et moral, sentiment de bien être et d'exubérance de santé; besoin incessant de mouvement sans fatigue; absence de toute sensation douloureuse insomnie, appétit exagéré, accroissement des fonctions digestives et de nutrition, accélération du pouls et de la respiration.
Surexcitation des fonctions génitales chez l'homme et chez la femme; enfin légers symptômes de congestion vers la tête, phénomènes congestifs qui rapprochent de la Paralysie générale au début. C'est la forme la plus habituelle de l'excitation maniaque chez les circulaires, mais dans d'autres cas plus rares, l'accès de manie devient plus intense et plus incohérent quelquefois même avec conception délirantes déterminées dans le sens de la satisfaction

et de la grandeur qui rapproche singulièrement cet état de la manie congestive et de la période d'excitation de la paralysie générale d'autant plus qu'elle accompagne quelquefois aussi d'un léger embarras de la parole. Cet état de manie complète s'observe plutôt dans les asiles d'aliénés, tandis que la simple excitation se voit plutôt chez les aliénés en liberté.

Intervalle lucide : Existe souvent entre les deux périodes, mais pas toujours ; il y a quelquefois deux intervalles lucides mais le plus souvent il n'y en a qu'un et il est plus ou moins prolongé. Il se produit le plus souvent après la période mélancolique. Pour la médecine légale il importe d'étudier avec soin le passage successif de l'état maniaque à l'état mélancolique avec l'état de calme intermédiaire et passager semblable au calme de la mer entre la marée montante et la mar-

che descendante. Dans ces cas de transition insensible il est difficile d'établir avec certitude l'existence d'un état de raison intermédiaire. Le passage est comparable à celui du jour à la nuit.
Le passage d'une forme à l'autre peut encore s'opérer de deux façons différentes et dans ces deux cas il n'y a pas encore d'intervalle lucide vrai. Dans certains cas, le passage se fait par oscillations, par une alternative plusieurs fois répétée d'excitation et de mélancolie et après une reproduction successive des deux états l'un des deux finit par s'établir définitivement.
Enfin il est des cas plus fréquents qu'on ne croit où le passage est brusque d'un état à l'autre, souvent dans l'espace d'une nuit. Le malade s'endort mélancolique et se réveille maniaque.
Mais tous ces faits sont en réalité exceptionnels et dans la majorité des cas

surtout dans les formes à longues périodes, il y a comme l'a dit mon père, un véritable intervalle lucide plus ou moins prolongé qui mérite une description spéciale et pendant lequel le malade doit être considéré comme revenu momentanément à la raison. On ne le trouve ni différent de lui-même à l'état normal ni différent au type général de l'humanité. On est donc bien obligé de reconnaître qu'il est dans un état d'équilibre, de raison et de liberté morale, ce qui est important pour le faire sortir des asiles d'aliénés et pour la médecine légale au point de vue de la responsabilité et des testaments.

Marche de la Folie circulaire.

Maladie essentiellement constitutionnelle et héréditaire, prend souvent après la puberté, sans causes occasionnelles appréciables pour ~~ex~~pliquer sa production. Quelquefois cependant, elle survient à la suite d'une chute sur la tête, d'un traumatisme, d'un accouchement ou sous l'influence d'une cause morale. Les débuts sont peu connus. Rarement observées par les médecins à cette période. On

est obligé de reconstituer son histoire après coup d'après les renseignements des malades ou des familles.
Le 1er début a-t-il lieu par la phase mélancolique ou la phase maniaque? Il existe des faits des deux ordres mais quels sont les plus fréquents. Selon moi, c'est l'état mélancolique qui commence comme l'a dit Guislain pour toutes les folies. Ce 1er stade mélancolique est-il plus long que les autres et est-il suivi d'un intervalle lucide plus long comme l'a dit encore Ludwig Meyer? Est-il vrai également qu'il y a souvent plusieurs accès mélancoliques successifs suivis d'intervalles lucides intercalés avant que se produise le 1er accès maniaque et avant que la double forme s'accentue? Ces points de l'histoire de la maladie à ses débuts sont encore obscurs. Quoiqu'il en soit, une fois constituée à l'état d'accès à double forme, elle s'établit définitivement pour toute la vie, avec de simples différences de

degrés durée et d'intensité des accès. Il faut étudier ces différences avec attention comme variétés distinctes dans l'évolution de la maladie.
Et d'abord, il y a 2 grandes divisions principales à établir sous le rapport de la durée des accès
Folie circulaire à courtes et à longues périodes.
La 1re moins fréquente s'observe cependant assez souvent depuis l'alternance tous les 2 jours ou à quelques jours d'intervalle jusqu'à 15 jours ou un mois. Alors l'intervalle lucide n'existe pas et cette variété pourrait porter plus justement le titre de folie à formes alternes
Mais ce sont les cas les moins fréquents. En général, les accès sont plus longs, 3 mois, 6 mois ou un an et plus. Ce sont là les vrais cas types de Folie circulaire. Y a-t-il un rapport entre les périodes et les saisons? C'est ce qu'il a été impossible d'établir, non seulement chez les divers malades mais chez le même malade.
La durée relative des périodes dans le même

cercle, est loin d'être toujours, la même, non seulement chez des malades différents, mais chez le même malade. Il est des cercles plus courts et d'autres plus longs, et dans le même cercle une période peut être tantôt plus longue et tantôt plus courte que l'autre. Ce qui est le plus fréquent, c'est que la période mélancolique est plus longue que la période maniaque mais ce n'est pas constant. De même l'intervalle lucide est ordinairement plus court que les autres périodes même dans les formes à très longue échéance. M. Baillarger signale des cas où l'intervalle lucide peut durer pendant plusieurs années et qu'il a appelé folie à double forme intermittente. Ces faits exceptionnels doivent être éclairés à la lumière des faits intermédiaires dans lesquels l'intervalle lucide est de plus en plus prolongé. Rien n'empêche donc d'admettre dans ces cas la continuité du cercle malgré la longue durée de l'intervalle lucide d'au.

plus que dans d'autres cercles chez les mêmes malades l'intervalle lucide peut être beaucoup moins prolongé. Les degrés d'intensité varient également d'un cercle à l'autre chez le même malade et chez des malades différents. Le folie circulaire appartient au groupe des folies périodiques et comme telle participe des caractères généraux des folies intermittentes. Dans la majorité des cas, les accès se ressemblent donc chez le même malade, pendant toute la vie, aussi bien dans leurs symptômes généraux que dans leurs détails et à chaque nouvel accès, c'est à dire à chaque nouveau cercle, on les voit se reproduire avec une remarquable uniformité. Cependant cette loi générale comporte quelques exceptions, pour la folie circulaire plus encore que pour les autres folies intermittentes.

Ainsi, après avoir observé pendant plusieurs années plusieurs cercles absolument semblables dans le stade mélancolique comme dans le stade maniaque, on voit

comme dans le stade maniaque, on voit un cercle dont les deux stades sont atténués ou avortés tandis que dans un autre cercle l'état maniaque ou l'état mélancolique acquièrent une intensité inaccoutumée. Dans d'autres cas enfin, la période mélancolique est ~~un~~ peu accusée tandis que la période maniaque est très accentuée et vice versa.

Malgré ces variations dans l'intensité des divers accès, la loi générale subsiste dans les divers accès et dans la majorité des cas, les accès se reproduisent ordinairement chez le même individu, pendant toute sa vie, avec une surprenante uniformité.

Mais si l'intensité des divers stades est généralement la même aux divers cercles chez le même individu, il n'en est plus de même chez des malades différents sans doute les caractères fondamentaux de l'état maniaque et de l'état maniaque de l'état mélancolique

restent les mêmes dans tous les cas de folie circulaire l'état maniaque étant plutôt caractérisé par l'exaltération des impulsions et des affections et par le désordre des actes que par le trouble considérable de l'intelligence et l'état mélancolique consistant plutôt dans un état général de dépression que dans l'existence d'un délire mélancolique caractérisé. Mais malgré ce caractère typique constant, il y a 3 degrés différents importants à signaler dans l'intensité de la maladie

Le 1er degré le plus léger, celui qu'on observe chez les circulaires en liberté, consiste dans un simple changement d'humeur ou de caractère qu'on ne peut apprécier qu'en comparant l'individu à ce qu'il était auparavant ou par contraste avec l'état opposé qui lui succède. Description rapide de ces deux états successifs de caractère gai et de caractère triste chez le même individu, à quelques mois de distance. C'est là un degré léger et souvent inaperçu de la folie circulaire qui est très fréquent dans le monde. Deux autres degrés plus intenses

sont observés dans les asiles. L'un des degrés consiste dans l'excitation maniaque simple mais très intense que nous avons décrite et dans l'état de dépression mélancolique avec mutisme volontaire, refus des aliments et penchant au suicide et l'autre degré le plus fort de tous consiste dans ces mêmes états d'excitation maniaque et de dépression mélancolique auxquels viennent s'ajouter des conceptions délirantes bien caractérisées de satisfaction et de grandeur pour l'état maniaque, de ruine, de culpabilité ou de damnation pour l'état mélancolique. Mais malgré ces 3 degrés différents d'intensité la folie circulaire conserve ses caractères fondamentaux pendant toute la vie et ce sont ces caractères qui constituent l'unité de la forme.
Peu de médecins peuvent suivre ainsi des malades pendant toute leur vie, mais, par suite de circonstances exceptionnelles, cela nous est arrivé. Ex : M[2] Aimé, pendant 47 ans. Cette longue observation nous a permis d'établir les résultats suivants.
Cette malade présente une grande uniformité

dans la succession de ses périodes chez un même malade. 20 ou 30 ans après, on retrouve les malades semblables. Les accès se ressemblent donc chez le même malade, pendant toute la vie, aussi bien dans leurs symptômes généraux que dans leurs détails et à chaque nouvel accès, c'est à dire à chaque nouveau cercle, on les voit se reproduire avec une remarquable uniformité. Cependant, cette loi générale comporte quelques exceptions, pour la folie circulaire plus encore que pour les autres folies intermittentes. Ainsi, après avoir observé pendant plusieurs années plusieurs cercles absolument semblables dans le stade mélancolique, comme dans le stade maniaque, on voit un cercle dont les deux stades sont atténués ou avortés, tandis que dans un autre cercle l'état maniaque ou l'état mélancolique acquièrent une intensité inaccoutumée. Dans d'autres cas enfin la période mélancolique est peu accusée tandis que la période maniaque est très accentuée et vice versa.

Malgré ces variations dans l'intensité

des divers accès la loi générale subsiste et dans la majorité des cas, les accès se reproduisent ordinairement chez le même individu, pendant toute sa vie, avec une surprenante uniformité.

Mais si l'intensité des divers stades est généralement la même, aux divers cercles chez le même individu, il n'en est plus de même chez des malades différents. Sans doute les caractères fondamentaux de l'état maniaque et de l'état mélancolique restent les mêmes dans tous les cas de folie circulaire, l'état maniaque étant plutôt caractérisé par l'exagération des impulsions et des affections et par le désordre des actes que par le trouble considérable de l'intelligence et l'état mélancolique consistant plutôt dans un état général de dépression dans l'absence d'un délire mélancolique caractérisé à eux-mêmes, dans leurs diverses périodes, mais malgré les progrès de l'âge, de l'ancienneté de la maladie

Ces aliénés, comme tous les héréditaires baissent beaucoup moins, au physique et au moral, que la plupart des hommes et surtout que les autres aliénés. Ils conservent jusqu'à la fin de leur vie, toute l'activité de leur intelligence et ne tombent pas dans la démence.

2° Les accès se raccourcissent souvent avec le temps et l'intervalle lucide tend de plus en plus à disparaître, à mesure qu'ils avancent en âge et ceci est vrai pour les formes à courtes périodes comme pour celles dont les différents stades ont une plus durée plus grande.

3° Enfin, il survient souvent, à de longs intervalles, chez ces malades, des accidents cérébraux exceptionnels qui peuvent à la fin entraîner leur mort.

Les accidents congestifs peuvent être unis dans la forme maniaque aux idées de satisfaction et de grandeur et simuler la paralysie générale et ils peuvent même se

produire dans la forme mélancolique. Ils se reproduisent à divers intervalles et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Enfin ils se produisent surtout dans les dernières périodes de la maladie et peuvent devenir la cause de la mort, surtout dans la période d'excitation. Mais nous nous bornons à signaler ce fait qui mérite d'être étudié plus attentivement, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'il est intéressant et surprenant tout à la fois de voir la folie circulaire qui se rapproche plus de l'état normal que d'autres formes de vésanies, offrir néanmoins plus de troubles physiques et d'accidents cérébraux que les autres variétés de la folie qui semblent cependant au 1er abord, plus éloignées de l'état physiologique.

Fin de la Leçon sur la Folie circulaire en 1886.

Etiologie : La maladie est caractérisée non seulement par les symptômes précédemment décrits, mais aussi par l'hérédité.
Il est remarquable, en effet, que cette maladie qui peut survenir dans quelques cas, à la suite de causes occasionnelles quelconques, telles qu'une chute sur la tête, une blessure, une émotion violente, est presque toujours essentiellement héréditaire et se produit souvent sous une forme similaire, chez les ascendants et chez les descendants. Mon père et moi nous avons observé des malades atteints de cette forme de maladie pendant 3 générations, la grand mère, la mère et la fille, de la même maladie sous la même forme.
Elle peut survenir à la suite d'une chute sur la tête, d'une maladie aigüe ou d'un accouchement mais l'hérédité existe presque toujours à titre de prédisposition

Elle est beaucoup plus fréquente chez l'~~homme~~ la femme que chez l'homme. Dans certains asiles on ne trouve pas un seul homme atteint de cette forme de maladie mentale, tandis qu'on y trouve toujours plusieurs femmes. Du reste la fréquence de cette maladie est bien plus grande en réalité qu'on ne l'imagine. On la croit rare parce qu'elle est le plus souvent méconnue et passe presque toujours inaperçue parce que la plupart de ces malades vivent dans la société et n'entrent jamais dans les asiles d'aliénés. Il y a dans le monde beaucoup plus de personnes qu'on ne croit qui passent leur vie dans une alternative de caractères absolument opposés. Pendant un certain temps leur existence reste cachée, ils fuient le monde, restent dans leur chambre et même dans leur lit parfois. Ils négligent de s'habiller ou ne s'habillent qu'à moitié, et vivent seuls dans une grande malpropreté. Ils passent ainsi plusieurs

mois pendant lesquels ils ne paraissent nulle part par conséquent cet état passe inaperçu Mais plus tard il semble qu'une nouvelle personnalité soit entrée dans le même corps. Les malades sortent, vont au spectacle, écrivent des lettres, se livrent aux actes les plus insensés, aux excès alcooliques, à toutes sortes de désordres et, comme on ne les voit que pendant cette période, on croit que c'est là leur caractère habituel. Il y a un grand nombre d'individus de ce genre qui vivent ainsi dans la famille et dans la société sans être jamais considérés comme des aliénés, fait très important à signaler pour la médecine légale et surtout au point de vue des testaments Il arrive fréquemment, en effet que ces individus font, dans cet état, des testaments qui sont validés par des magistrats et invalidés par d'autres parce que les uns considèrent ces états comme de simples bizarreries de caractère tandis que les autres

y voient une véritable folie partielle se manifestant surtout par les actes.
La connaissance de ces faits cliniques est également très utile pour la recherche de l'hérédité des maladies mentales. On retrouve, en effet, souvent parmi les ascendants des aliénés enfermés dans les asiles des Ex de parents qui ont vécu en liberté en présentant les caractères de l'état que nous venons de décrire et qui ont donné naissance à des enfants ayant des formes de folie plus intenses et plus caractérisées que la leur
Le diagnostic différentiel de la folie circulaire est souvent très difficile - D'abord, cet état de maladie passe souvent inaperçu, n'étant pas considéré comme une maladie mentale. On les regarde comme des originaux, des gens bizarres, et non comme des aliénés. Ils restent en liberté, on ne songe pas à les enfermer dans les asiles. Dans d'autres cas, il faut observer les malades pendant longtemps et suivre attentivement leurs

diverses périodes pour pouvoir établir le diagnostic d'après les caractères que nous avons mentionné précédemment.
Une autre difficulté du diagnostic réside dans la confusion possible avec la période d'excitation prodromique à la 1re période d'optimisme de la paralysie générale. Il y a, de plus, une variété de la paralysie générale qui présente une grande analogie avec la folie à double forme. Ces paralytiques présentent des alternatives assez rapprochées de délire hypochondriaque et de délire de grandeur, sur lesquelles on a attiré l'attention avec raison sous le nom de Paralysie générale de forme circulaire et qui donne lieu à des erreurs de diagnostic assez fréquentes. Dans ces cas, une ~~at~~ étude attentive et prolongée des symptômes psychiques, physiques, et de la marche comparée des deux maladies peut seule permettre d'établir le diagnostic, avec quelque certitude. Les symptômes physiques eux-mêmes peuvent présenter quelque analogie attendu

que l'on observe quelquefois des symptômes congestifs et même un léger embarras de la parole pendant certaines périodes d'excitation de la folie circulaire qui la font ressembler singulièrement à la période d'excitation de certains paralytiques généraux est ordinairement plus absurde et plus empreint de démence dès le début que celui des circulaires qui présente une grande netteté et une grande activité intellectuelle plus voisine de l'état normal de certains individus intelligents que de l'état de démence commençante.

Enfin, il y a comme signe distinctif le caractère indiqué par Régis de la bienveillance générale des paralytiques généraux opposée à la malveillance et au caractère satanique des circulaires. Mais ce caractère quoique très général et important par cela même n'est pas absolu. Aussi le doute peut-il subsister dans l'esprit du médecin même le

plus exercé quand il n'a observé qu'un seul accès et surtout qu'une seule période d'un accès et il faut souvent attendre la production de nouveaux accès et la paralysie générale de la maladie pour affirmer avec certitude que l'on a affaire à une 1re période de paralysie générale ou bien à une folie circulaire bien caractérisée.

Le diagnostic différentiel est également difficile, dans quelques cas, avec certaines formes de la folie hystérique. Il y a certaines hystériques aliénées atteintes de ce que nous avons décrit précédemment sous le nom de folie raisonnante des hystériques dont l'excitation loquace et exubérante présente les plus grandes analogies avec la période d'excitation maniaque simple des Folies circulaires. Le diagnostic différentiel est quelquefois si difficile qu'il faut observer plusieurs périodes et plusieurs accès avant de pou-

voir affirmer que l'on a affaire à une Folie circulaire vraie et non à une simple Folie hystérique (voir les caractères de la Folie hystérique raisonnante que nous avons décrits précédemment)

Le Pronostic de la Folie circulaire est grave. En effet, elle guérit très rarement pour ne pas dire jamais (mon père a déjà indiqué ce pronostic d'incurabilité dans la gazette des hopitaux en 1851, en ajoutant qu'il était bizarre que deux états maniaques et mélancoliques qui, pris séparément étaient plus curables que d'autres états du même genre acquérant une véritable incurabilité quand ils se trouvaient réunis chez un même malade pour constituer par leur succession régulière la forme circulaire de la Folie.

Lorsqu'un malade a été atteint successivement de plusieurs accès de Folie circulaire presque toujours cette maladie

se perpétue sous la même forme chez cet aliéné pendant toute sa vie jusqu'à la mort avec de simples différences de degrés, d'intensité dans les accès ou dans chacune de ses périodes. Tous les cercles ne sont pas identiques à eux-mêmes chez le même malade. On peut observer successivement 2 cercles très intenses et ensuite d'autres cercles plus atténués qui même peuvent passer inaperçus soit dans la période mélancolique soit dans la période maniaque ou dans les 2 à la fois. On voit alors des malades de ce genre sortir des asiles et rentrer dans leur famille et alors l'alternance des 2 états qui continue passe inaperçue parce que ces 2 états sont atténués très notablement, atténuation des cercles qui peut durer pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'un nouveau cercle plus intense survienne et oblige alors à replacer les malades dans les asiles d'où ils étaient sortis comme guéris plusieurs années auparavant. Cette va-

riété fréquente dans les degrés d'insanités dif-
férents cercles que nous avons signalée à pro-
pos de la marche de la maladie mérite d'
être rappelée au point de vue du pronostic
parce qu'on peut à tort prendre ces simples
diminutions d'intensité de la maladie pour
de véritables guérisons. De plus, il y a cer-
tains accès très intenses qui ont une durée
très courte et d'autres moins caractérisés qui
ont une très longue durée. Certains mala-
des restent quelquefois 5 ou 6 jours dans l'é-
tat mélancolique ou dans l'état maniaque.
La durée de l'intermittence entre les ac-
cès est quelquefois également très va-
riable, tantôt très courte et tantôt longue
de sorte que l'on peut commettre beaucoup
d'erreurs dans le diagnostic et le pronos-
tic de cette maladie. Mais on peut poser
en principe que dès lors que l'on a cons-
taté bien clairement l'existence de plu-
sieurs cercles de folie circulaire chez un
malade alors même qu'il paraît guéri

momentanément on doit redouter le retour d'un nouveau cercle présentant la même succession de l'état mélancolique et de l'état maniaque. La folie Folie circulaire est donc une maladie grave puisqu'elle ne guérit jamais d'une manière durable ; mais comme nous l'avons déjà dit, elle ne se transforme pas et n'aboutit jamais à la démence. On les retrouve à 70 ans aussi actifs de corps et d'esprit que dans la jeunesse. Des symptômes congestifs se produisent à divers intervalles pendant la vie, dans la période mélancolique mais surtout dans la période maniaque dont nous avons parlé précédemment à propos de la marche de la maladie méritent d'être rappelés au point de vue du pronostic, attendu que l'on doit toujours en prévoir l'apparition et que l'on doit savoir à l'avance qu'ils peuvent déterminer la mort de ces malades.

Médecine légale de la médecine circulaire

Dans les ~~castrés~~ cas très caractérisés de Manie suivis ou précédés d'une période mélancolique très intense et très prolongée, l'existence de la maladie mentale et son irresponsabilité ne peuvent faire aucun doute pour personne. Mais il n'en est pas de même dans les cas moins évidents de folie circulaire et lorsque les malades au lieu d'être enfermés dans les asiles sont en liberté dans la société ou dans leur famille. Comment apprécier alors la valeur légale des actes auxquels ils se livrent, aussi bien des actes civils que des actes criminels ? C'est là une des questions les plus délicates de la médecine légale de la Folie. D'abord, il y a les intervalles lucides pendant lesquels les malades recouvrent momentanément toute leur liberté morale. Quand l'intervalle lucide est complet ils doivent être considérés comme responsables de leurs actes et comme pouvant des actes civils variables.

Mais pendant les accès de manie

ou de mélancolie caractérisés, comment dé-
clarer qu'ils sont déclarer qu'ils sont
responsables de leurs actes et que leurs ac-
tes civils sont valables. La difficulté
n'existe pas pour les accès très intenses
et très caractérisés de ces malades enfermés
dans les asiles et au sommum de leurs
accès. Mais dans la période de transi-
tion entre l'un et l'autre et dans
les périodes de simples rémissions qui
ne sont pas le véritable intervalle lucide,
En réalité, on ne peut admettre la pleine-
responsablité que pendant l'intervalle
lucide vrai. Il en est des circulaires
comme des Epileptiques. Lorsqu'ils sont en
plein accès de délire; ils sont dans un état
intermédiaire, on peut se demander jusqu'à
quel point la responsablité existe malgré les
apparences de raison et puisqu'il y a doute,
dans les etats mixtes, ils doivent alors profiter
du bénéfice de l'irresponsabilité, les présomp-
tions étant évidemment dans ce sens plutôt
que dans celui de la persistance complète du
libre arbitre

La médecine légale des circulaires est surtout difficile parce que beaucoup de ces malades vivent dans la société ou dans la famille et ne sont pas enfermés dans les asiles. Aussi les testaments faits par eux dans ces conditions sont-ils souvent très difficiles à apprécier après leur mort d'après les témoignages très incomplets et contradictoires des personnages qui ont vécu avec eux. Les uns sont invalidés d'après les termes mêmes du testament et les autres, au contraire, ou bien ne sont contestés par personne ou bien sont validés par les magistrats et même par les médecins. On ne pourra perfectionner la médecine légale de la folie circulaire que par une étude de plus en plus complète de cette forme de maladie mentale, de ses degrés et de ses variétés de marche, et plus on arrivera à la connaître exactement dans toutes ses phases et dans tous ses détails et plus on sera convaincu que ces malades sont de véritables aliénés et devront jouir presque toujours du bénéfice de l'irresponsabilité

6 Juillet 1889

Sujets à traiter brièvement pour finir l'article sur la Folie circulaire.

1° Diagnostic différentiel.
1° avec la manie, et la la mélancolie périodique ou non.
2° avec la Folie hystérique ou raisonnante
3° avec la Paralysie générale, forme expansive ou période de début.

2° Etiologie = hérédité; âge; sexe Fréquence relative dans le monde et dans les asiles

3° Pronostic. grave mais variable selon les variétés. on peut espérer des suspensions ou atténuations

4° Traitement peu efficace.
Médecine des symptômes. Legrand du Saulle, sulfate de quinine.
question de séquestration.

5° Médecine légale, très difficile à cause

des cas légers et des périodes variables.
6.° Historique. Discussions avec Baillarger.

---

16 Juillet 1889.

Variété de marche de la Folie circulaire.

1°. Période de début.
2°. Durée variable des accès
3°. Durée variable des périodes dans chaque accès
4°. Intensité variable des périodes et des accès
5°. Formes atténuées observées dans le monde
6°. Degrés plus intenses observés dans les asiles.
7°. La maladie n'aboutit pas à la démence
8°. Les accès se raccourcissent avec l'âge et l'intervalle lucide tend à disparaître
9°. Accidents cérébraux passagers observés pendant la vie et pouvant déterminer la mort.

28 Juillet 89.

Terminer l'article sur la Folie circulaire par la phrase suivante:

(Plus on avancera dans l'étude clinique et scientifique des diverses variétés et des différents degrés de la Folie circulaire et plus on arrivera à se convaincre que ces individus, même dans leurs meilleures périodes sont des malades et de véritables aliénés et qu'on conduit presque toujours excepté pendant les phases d'intervalles lucides vrais les exonérer de toute responsabilité leurs actes criminels et faire annuler et invalider leurs actes civils.

Médecine légale de la Folie circulaire

La médecine légale de cette maladie a été très peu étudiée, car on a rarement l'occasion de se prononcer sur des cas de ce genre, mais elle est extrêmement difficile comme je l'ai déjà indiqué, précédemment. Il y a d'abord les cas légers qui peuvent passer pour de simples variétés de caractère pour des modifications dans l'humeur des individus qui en sont atteints et dans lesquels on ne peut affirmer que l'on a affaire à une véritable folie caractérisée pouvant priver l'individu du libre arbitre, de la responsabilité. Ce sont là des cas voisins de l'état de raison, dans lesquels il est bien difficile de se prononcer.

C'est surtout difficile à juger au point de vue des actes civils et en particulier des testaments. Les malades

et en particulier des testaments. Les malades sont alors tellement voisins de l'état normal qu'il est bien difficile d'affirmer que l'on a affaire à un véritable aliéné qu'on peut priver de ses droits civils. Il n'en est plus de même dans les cas très caractérisés pour les malades enfermés dans les asiles, lorsque l'état maniaque ou l'état mélancolique sont très caractérisés et très intenses. Dans ces cas, le doute n'est plus possible pour les périodes d'accès, mais il renaît pour la période de rémission ou d'intervalle lucide vrai, il doit être regardé comme valable mais la difficulté pratique augmente à mesure que l'on connaît mieux les variétés de marche et les degrés différents d'intensité et de durée des diverses périodes de la folie circulaire que nous avons signalées précédemment et

qui se rencontrent dans la société. Si ces individus
qui vivent dans le monde, qui sont des des-
cendants d'aliénés qui ont passé 15 et 20
ans de leur vie dans les alternatives succes-
sives de dépression et d'excitation laissent
après leur mort un testament s'ils disposent
de leur fortune en faveur de telle ou telle per-
sonne de leur famille ou d'étrangers com-
ment affirmer, après leur mort qu'ils ont
été véritablement aliénés et qu'on doit casser
leur testament ? Il y a une difficulté
énorme qu'une étude clinique plus atten-
tive et plus complète des diverses variétés
de la Folie circulaire peut seule permettre
de toucher dans chaque cas particulier
mais qui ne peut être résolue d'une
manière générale et absolue. Car la
médecine légale de la folie circulaire sera
toujours l'une des plus difficiles de la
pathologie mentale, à cause des variations
d'état chez le même individu d'un mo-

ment à l'autre à cause des intervalles lucides plus ou moins complets et plus ou moins prolongés, de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés.

Du reste jusqu'à présent, on a eu rarement l'occasion d'appliquer à ces cas la médecine légale parce que la plupart d'entre eux passent inaperçus et ne sont pas considérés comme des cas d'aliénation mentale et s'ils font des testaments, ils sont généralement considérés comme valables et ne donnent lieu à aucune contestation

Mr Legrand du Saulle dans son ouvrage n'a cité que deux autres exe. de ce genre.

M. Ritti n'en cite qu'un.

La médecine légale de la Folie circulaire est donc à faire toute entière.

Médecine légale de la Folie circulaire.

Ce chapitre est un des plus difficiles à traiter dans l'état de nos connaissances s'il ne s'agissait que des cas extrêmes dans lesquels la manie et la mélancolie sont complètement caractérisées et l'aliénation mentale évidente pour tous (comme cela a lieu chez certains malades enfermés depuis longtemps dans les asiles d'aliénés) rien ne serait plus facile que de proclamer leur irresponsabilité soit au point de vue civil, soit au point de vue criminel.

Mais sans parler des périodes d'intervalles lucides qui se produisent entre les accès de Manie et de mélancolie et pendant lesquels on doit admettre le retour momentané de la responsabilité (à moins que cet intervalle ne soit très court et très incomplet) que penser de ces cas dans lesquels les accès de manie et de mélancolie sont tellement atténués dans l'ensemble

de leurs symptômes que les malades ont seulement une modification d'humeur sans avoir perdu la raison sentent eux-mêmes qu'ils jouissent encore de leur libre arbitre et sont jugés tels par leurs familles et partout leur entourage. Ces malades n'ont jamais été enfermés comme aliénés et ne sont pas considérés comme tels et cependant un médecin expérimenté et observateur ne peut pas méconnaître chez eux l'existence de deux états opposés qui représentent comme deux hommes totalement différents dans le même corps selon les moments où on les observe!

Eh bien, que penser, par Ex., de la valeur d'un testament fait dans l'une ou l'autre de ces deux conditions mentales? Lorsque le malade est dans la mélancolie et voit tout en noir, il peut, sous l'influence de ses idées tristes

qui lui font apparaître le monde entier comme hostile et déclarer donner sa fortune à certaines personnes ou à certaines institutions en rapport avec ses idées du moment, tandis que dans certains la période inverse, alors qu'il verra tout en beau, il aura des dispositions toutes différentes envers les choses et les personnes et il pourra déshériter ceux qu'il avait au contraire favorisés pendant l'autre période de la maladie. Une autre difficulté, plus grande encore, se présente souvent dans la pratique. L'une des 2 périodes seule est considérée comme une période réellement morbide. C'est tantôt la période mélancolique et tantôt la période maniaque, selon les sujets, tandis que l'autre période est envisagée par le malade lui-même et par sa famille et son entourage, comme étant son état réellement normal, tandis que pour l'observateur expérimenté

et qui connaît bien cette maladie, ces deux périodes sont également maladives, quoi que l'une d'entre elles ait des caractères évidemment moins accusés que l'autre.

Médecine légale.

— Très difficile et peu étudiée jusqu'à présent
— Dans les cas très caractérisés
— C'est très simple.
— Mais sans parler des intervalles lucides vrais où l'on peut admettre la responsabilité, il y a:

1º Les cas d'accès atténués, pendant lesquels on peut discuter la responsabilité.

2º Les cas ou une seule période est considérée comme morbide.

3º Les périodes de transition et de simples rémissions.

4º et la questions des testaments.

Phrase terminale pour la médecine légale de la Folie circulaire.

" On ne pourra perfectionner la médecine légale de la Folie circulaire que par une étude de plus en plus complète de cette forme de maladie mentale de ses degrés et de ses variétés de marche, et plus on arrivera à la connaître exactement dans toutes ses phases et dans tous ses détails et plus on sera convaincu que les malades sont de véritables aliénés et devraient jouir presque toujours, même dans leurs meilleurs moments, du bénéfice de l'irresponsabilité.

La Folie circulaire.

Chapitre troisième.

1°. Etiologie
2°. Fréquence
3°. Diagnostic différentiel
4°. Pronostic. Anatomie pathologique
5°. Traitement. Séquestration et médicaments
6°. Médecine légale
7°. Historique

Trouver moyen de citer au bas de la page :
1°. Mon père : gazette des hopitaux, leçons de médecine mentale, 1854 et bulletin de l'académie, reproduit dans son livre.
2°. Baillarger : Gazette hebdomadaire et

bulletin de l'académie et annales médico-psychologiques.

3° Ritti, traité de la Folie à double forme.

Titre à trouver pour le 3me Chapitre
de l'article sur la Folie circulaire.

Applications des données cliniques précédentes
au diagnostic, au pronostic, au traitement
et à la médecine légale.

Conséquences pratiques de l'Etude de
la Folie circulaire.

Troisième partie

Diagnostic, Etiologie, Pronostic, Traitement.
Médecine légale.

Résumé de Marche de la Folie circulaire.

1° Période de début.

2° Durée variable des accès

3° Durée variable de chaque période dans un même accès, cercle.

4° Intensité variable des périodes et des accès

1° Chez un même malade

2° Chez des malades différents

5° Degrés atténué chez les malades enfermés dans le monde.

6° Degrés plus intenses chez les malades observés dans les Asiles.

résultats auxquels nous sommes arrivés après une observation prolongée.

1° Les malades n'aboutissent pas à la demence.

2° Les accès se raccourcissent avec l'âge, dans leur ensemble et dans chacune de leurs périodes ainsi que l'intervalle lucide, qui tend à disparaître

3° Accidents cérébraux observés pendant la vie et déterminant quelquefois la mort.

Résumé de la Marche de la Folie circulaire.

1° Mode de début
2° Durée variable des accès. A courtes et à longues périodes.
3° Durée variable de chaque période dans un même cercle.
Longueur de l'intervalle lucide
4° Intensité variable de chaque stade chez le même individu et chez les individus différents.
Lois générales des Folies périodiques
5° Les deux stades atténués à certains cercles, ou bien un seul stade atténué, l'autre étant très intense.
Chez un même malade et chez les malades différents

1re Catégorie. Forme de peu d'intensité observée dans le monde.

Degré plus léger et le plus souvent inaperçu

2me Catégorie.

Deux degrés différents parmi les malades enfermés dans les asiles

1° Excitation maniaque simple, ou état maniaque caractérisé.

2° Dépression mélancolique simple ou mélancolie très caractérisé pouvant aller jusqu'à la stupeur.

Malgré ces diversités de durée et d'intensité, les malades présentent les mêmes caractères généraux pendant toute leur vie

Résultats généraux auxquels nous sommes arrivés par suite d'une observation prolongée.

1° Les malades n'aboutissent jamais à la démence

2° Les accès semblent ~~se~~ raccourcissent ou

ou même à disparaître.

3°. Il existe des accidents cérébraux dans la période mélancolique et dans la période maniaque accidents qui entraînent quelquefois la mort.

Abrégé des Leçons sur la Paralysie générale.

Cette maladie n'était pas connue avant le commencement du siècle.
Dourtebente, médecin à Blois, a signalé dans sa thèse plusieurs passages empruntés à des médecins du 17me et 18me siècle qui peuvent être considérés comme s'appliquant à cette maladie. J'ai moi-même découvert deux observations de paralysie générale dans Haller.
Mais, en général, on fait dater l'histoire de cette maladie d'une phrase empruntée à John Haslam en 1798
Dans Pinel, on ne trouve pas une seule phrase applicable à cette maladie. On en a cité une dans la thèse d'Esquirol sur les passions en 1805, mais il m'a été impossible de retrouver cette phrase dans la thèse d'Esquirol. En 1814, dans l'article _ Folie, du dictionnaire en 60 volumes

Esquirol a placé la Paralysie à côté de la phti
et du Scorbut comme la complication possible de
la Folie c'est à Charenton que cette maladie a été
d'abord étudiée. Royer Collard, médecin de
cet asile avait déposé dans ses régistres, des
observations de malades de ce genre et c'est là
que ses élèves ont puisé les 1res descriptions
de cette maladie. Mais au point de vue
des publications, c'est de 1822 que date réelle
ment l'histoire de cette maladie. En 1822
Bayle, alors interne à Charenton, a fait une
thèse sur l'Arachnitis chronique, où se trou
vent 6 observations très interessantes. Le
même auteur a publié une brochure en
1825 sur ce sujet et son livre spécial sur
la méningite chronique en 1826. Ce
traité qui est une description magistrale
de cette maladie et le livre de Calmeil
sur la Paralysie générale incomplète, publié
dans la même année (1826) constituent
un véritable monument, dont les descrip

trois peuvent être encore aujourd'hui cités comme des modèles et représentent la maladie, dans toute sa vérité, telle qu'on l'observe encore aujourd'hui.

Delaye, élève d'Esquirol, a publié en 1824, sa thèse sur la Paralysie générale incomplète et est par conséquent contemporain de Bayle et de Calmeil pour la description de cette maladie. Plus tard, Esquirol s'est approprié les travaux de ses élèves, il les a complétés et développés dans son livre en 1838, il a donné une description assez complète de la Paralysie générale mais en l'envisageant comme complication de la Folie en général et non comme une maladie distincte et spéciale.

Les opinions des auteurs sur la Paralysie générale sont au nombre de 4. 1° Esquirol et Calmeil la considéraient comme une simple complication ou terminaison de la Folie, comme la Démence. Tout aliéné pouvait devenir paralytique après 10, 15 ou 20 ans de maladie mentale et cependant Esquirol

a exprimé cette phrase que la plupart des femmes paralytiques de la Salpétrière étaient des ~~femmes~~ paralytiques dès leur entrée. 2° La 2me opinion qui est aujourd'hui l'opinion régnante a été exprimée d'abord par Bayle. Elle admet que la Paralysie générale ou méningite chronique est une maladie spéciale depuis son début jusqu'à sa terminaison caractérisée par un ensemble de symptômes physiques et moraux et par une marche particulière. Cette opinion a été depuis soutenue par Parchappe et est devenue générale à l'époque actuelle. Parchappe en 1840 fait une concession à l'opinion d'Esquirol en admettant quelques rares cas de Paralysie survenant des Folies anciennes.

Une 3me opinion s'est produite en 1846. M. Requin est le 1er qui ait admis la Paralysie générale progressive comme maladie distincte de la Folie d'une part et des autres affections cérébrales d'autre part.

3me Leçon.

Description de la Paralysie générale.

1°. Période prodromique qui se passe dans le monde.

2°. 1re période à l'entrée dans les asiles (Caractères du délire paralytique)

3°. 2me période, variable, selon les cas: passage à l'état maniaque ~~et~~ à la démence. Marche inégale comparable à celle de la phthisie 2 espèces d'agitation violente et automatique; symptômes physiques. Marche chronique et marche suraigüe

4°. rémissions à divers degrés

5°. 3me période; retour dans les asiles: attaques congestives et convulsions. Marche inégale; paralytiques qui marchent jusqu'à la fin ou qui restent sur un fauteuil. Variété chez l'homme et chez la femme. Divers modes de mort.

6.° Etiologie.

7.° Diagnostic différentiel

8.° Anatomie pathologique

9.° Durée et pronostic

10.° Traitement

11.° Résumé général sur les variétés de marche à mieux étudier dans l'anévrysme pendant tout le cours de la maladie et non pas seulement dans les débuts.

Variété Expansive.

Elle a été décrite par tous les aliénistes depuis que cette maladie est connue. C'est la variété commune classique. Ces malades ont une activité extraordinaire et leur activité est désordonnée et les pousse à des actes nombreux. Ils ne dorment pas; ils vagabondent dans la campagne, font des voyages, conçoivent mille projets qu'ils cherchent à exécuter immédiatement, s'exposent à toutes sortes de dangers, veulent se marier, entreprendre des voyages, essayer des spéculations variées etc etc.
Mais, à cette époque, ils restent encore dans des limites à peu près raisonnables et leurs projets ne sont pas absolument impossibles à réaliser et sont encore en rapport avec leur position sociale ou leur fortune quoique dépassant déjà la mesure de ce qu'ils auraient conçu ou exécuté autrefois. Mais, une fois arrivés à ce point, ils ne tardent pas à franchir la limite de l'état normal, pour passer à un état vraiment maladif

C'est là le moment où les malades entrent habituellement dans les asiles d'aliénés, aussi bien dans la variété expansive que dans les autres variétés de début. Mais quel que soit la variété de début de la maladie, il y a là un point de rencontre auquel elles aboutissent presque toujours et qui constitue la 1re période, bien caractérisée de la Paralysie générale, telle qu'on l'observe dans les asiles d'aliénés

Cette 1re période peut se résumer dans le mot de période d'excitation. Ce n'est ni de la manie, ni de la monomanie, ni de la démence. C'est un mélange de ces 3 formes réunies. Le délire partiel est caractérisé par des conceptions délirantes multiple et par un délire qui conserve encore certaines apparences de la raison, mais à côté de ces apparences de délire partiel, se trouve un degré d'excitation qui rapproche beaucoup les malades de l'état maniaque; Enfin à travers cette grande excitation cérébrale, il est facile de dicerner des traces évidentes de débilité intellectuelle et de démence

commençante. Il faut donc mettre de côté les errements de la classification actuelle et décrire cet état mental tel qu'on l'observe dans la nature et non telle que la ferait supposer les dénominations de monomanie, de manie et de démence.

Pour bien comprendre le fond de cet état mental il faut le comparer à d'autres états analogues en apparence mais qui en diffèrent au fond, du tout au tout. Le délire partiel présente 3 périodes distinctes, celle d'incubation, de systématisation et de délire stéréotypé mais quelle que soit la période, il offre des caractères communs que l'on peut opposer à ceux de la période d'excitation de la paralysie générale dont nous parlons actuellement.

Les malades atteints de délire partiel aigu ou chronique ont des conceptions délirantes bien déterminées et coordonnées entre elle avec les apparences de la raison. Les malades prévoient les objections et cherchent des explications plausibles pour justifier leur délire. Ils cherchent à se prouver à eux-mêmes et à prouver aux autres que les faits dont ils se

plaignent, sont réels. En un mot, ils coordonnent ils raisonnent leurs conceptions délirantes.

L'aliéné paralytique au contraire (et en cela il se rapproche du dément) a des conceptions délirantes sans cohésion et sans coordination. Ces conceptions sont multiples et très nombreuses. Elles pullulent dans son esprit et se succèdent et se remplacent dans un temps très court, se heurtent et se combattent; elles se contredisent et le malade n'éprouve pas le besoin de chercher à les concilier entre elles. Ce sont des idées en l'air qui surgissent inopinément et sans cause apparente. Le malade se dit en même temps grand peintre, grand musicien, grand sculpteur, etc etc. Il affirme au même moment des choses absolument incompatibles entr'elles, et en même temps qu'il énonce ces diverses conceptions délirantes il raconte parallèlement sa vie réelle à côté de sa vie imaginaire: il est tailleur, cordonnier, médecin, notaire, banquier, et en même temps que général ou empereur

Cette absence de conciliation et cette contradiction flagrante entre les délires est le caractère essentiel qui sert à distinguer le délire des paralytiques de celui des autres aliénés. Chez eux les conceptions délirantes sont multiples, mobiles, absurdes et contradictoires entre elles. C'est le fond même du délire des paralytiques. Quant à la forme, elle peut varier d'un malade à l'autre et chez le même malade à divers moments ou à diverses périodes. Mais la forme la plus habituelle est celle du délire des grandeurs. Ils commencent ordinairement par se croire très forts dans leur profession ou bien ils croient avoir acquis une fortune exceptionnelle dans leur situation ; mais ils restent encore alors dans la limite des choses possibles ou même vraisemblables dans leur position quoique plus élevées que la réalité et qu'ils ne les croyaient eux-mêmes avant leur maladie et qu'ils ne les croyaient eux-mêmes avant leur maladie. Mais bientôt, ils montent en grade en quelque sorte. Etaient-ils dans

l'armée, de capitaine ils deviennent colonel, puis général et enfin roi et empereur. De même, dans les carrières civiles, ils montent successivement tous les degrés de l'échelle de la grandeur et arrivent également à devenir rois ou empereurs, toutes choses incompatibles avec leur véritable état social. Le même fait se présente pour les femmes. Elles commencent par dire qu'elles ont de beaux vêtements, des robes de soie, qu'elles ont recueilli un héritage, qu'elles vont épouser un grand personnage (toutes choses qui ne sont pas absolument pas impossibles) puis elles dépassent la limite du possible et se croient reines, impératrices, souveraines du monde entier. Or, ces idées délirantes et cette progression croissante se montre dans toutes les conditions sociales, chez tous les peuples et dans tous les temps, avec les mêmes caractères généraux. Les noms seuls des dignités, des titres et des richesses sont changés mais le fait fondamental reste le même. Les concep-

tions ~~délirantes spéciales~~. Les mêmes caractères du délire s'appliquent aux autres conceptions délirantes des paralytiques et en particulier aux conceptions mélancoliques et hypochondriaques, sur lesquelles M. Baillarger a appelé l'attention. Les conceptions délirantes spéciales appelées hypochondriaques, par M. Baillarger sont toutes relatives à la personnalité physique des malades. Le malade se croit changé dans la totalité ou dans certaines parties de son corps. Il n'a plus de tête, un bras en plomb, une mâchoire de cheval, il est bouché, il n'a plus de cerveau, plus d'estomac, il est mort et cependant il parle, il marche. Il ne peut plus marcher ni manger dit-il, il va tomber en morceaux! Les conceptions délirantes sont fréquentes à diverses périodes de la paralysie générale et alternent souvent quelquefois même de deux jours l'un, avec les idées de richesse de satisfaction et de grandeur. Après avoir décrit ~~assez~~ rapide-

ment cette 1re période d'excitation de la paraly
sie générale qui se manifeste ordinairement
à l'entrée des malades dans les asiles d'alié
nés, il faut suivre l'évolution successive
de la maladie jusqu'à la mort et pour la
facilité de la description tout en posant en prin
cipe qu'il existe des variétés de marche pen
dant toute la durée de la maladie qu'une
science plus avancée pourra décrire avec exac
titude, il faut encore admettre aujourd'hui
3 périodes successives plus ou moins nettement
déterminées.

Description des trois périodes de la Paralysie générale.

Pour pouvoir décrire cette maladie, avec un certain ordre, il faut admettre 3 périodes et suivre l'évolution successive de la maladie.
La 1re période qui date en général de l'entrée dans les asiles est celle que j'ai décrite sous le nom de variété expansive.
Cette période dure plus ou moins longtemps selon les malades, mais au bout d'un certain temps, au lieu du délire simplement partiel dominé par les conceptions délirantes multiples et contradictoires avec un degré plus ou moins grand d'excitation, il surgit ordinairement une période franchement maniaque.
Le malade arrive peu à peu ou brusquement à un état violent d'agitation. Il a alors tous les caractères extérieurs de l'état maniaque le plus violent. Il parle sans cesse, ne dort pas, est en mouvement perpétuel, déchire ses vêtements, se déshabille, et est dans un désordre excessif d'idées qui se prolonge

souvent au même degré pendant plusieurs mo[is]
Qu'on les maintienne avec la camisole de force
comme on le fait en France, ou les ~~malades sont~~
qu'on les laisse en liberté dans une cellule, les
malades sont absolument les mêmes et l'agi-
tation continue indéfiniment presque sans
interruption. Ils arrivent presque tous à se
déshabiller, à déchirer leurs vêtements et à se
mettre dans un état de nudité complète

Etiologie de la Paralysie générale.

L'étude des causes est la partie la plus obscure de l'étude de cette maladie. Cependant, nous possédons déjà quelques points de repère.
Et d'abord l'hérédité. Souvent en recherchant dans les antécédents on ne trouve pas d'aliénés dans la famille. L'hérédité est ~~donc~~ plus souvent descendante qu'ascendante, cependant elle existe souvent et elle est même de 2 espèces différentes, congestive ou vésanique. De là 3 espèces d'Etiologie sous ce rapport dans la paralysie générale, accidentelle, congestive et vésanique, cette dernière entraînant de grandes irrégularités dans la marche de cette maladie, des rémissions plus nombreuses et une durée beaucoup plus longue
Les causes qui produisent le plus souvent cette maladie peuvent toutes se résumer dans ce fait général, dépense excessive de nervosité ou de force nerveuse, qu'il s'agisse d'excès sensuels, alcooliques ou de travail, le résultat est le même, épuisement de la force

de la force nerveuse par un excès d'exercice. Ainsi, dans les classes ouvrières, certains individus travaillent d'une manière exagérée pour arriver à la fortune avec un redoublement excessif d'activité de même dans les classes plus élevées de la Société, il est des individus qui, pleins d'ambition, entreprennent des travaux au dessus de leurs forces. L'âge doit également être pris en considération. La maladie ne se produit pas avant 25 ans et elle est rare avant 30 ans; elle est fréquente de 35 à 45 ans et depuis cet âge elle devient beaucoup plus rare à mesure que l'on approche de 50 et surtout de 60 ans. C'est donc une maladie de l'âge adulte. Le sexe a une grande importance. La fréquence est beaucoup plus grande chez l'homme que chez la femme. Dans les asiles d'hommes on trouve un paralytique sur 3 malades, chez les femmes, c'est à peine si on en trouve une sur 20 ou 25, et dans les classes élevées de la société c'est à peine si l'on trouve 1 femme paralytique sur cent. On en a cherché l'explication dans la trouver mais on sait que certaines professions prédisposent à la paralysie générale.

Anatomie Pathologique de la Paralysie générale

On l'a beaucoup étudiée ; elle mériterait de devenir l'objet d'une leçon spéciale
Il faut distinguer l'étude microscopique et l'étude macroscopique.
Les 1ers auteurs qui ont écrit sur cette maladie (Bayle, Calmeil, Delaye) ont étudié avec soin l'anatomie pathologique à l'oeil nu et dès le début, ils sont arrivés aux résultats que nous constatons encore aujourd'hui.
On découvre presque toujours les mêmes lésions des méninges et de la surface du cerveau.
Il est inexact de dire que les lésions sont variables et sans valeur.
Lésions des Méninges. Dure-mère épaissie, opaque, présentant des productions pseudo-membraneuses, connues sous le nom de pachy-méningite. Cet état est surtout manifeste sur l'arachnoïde et la pie mère. Les membranes sont épaissies, opaques et ont contracté des adhérences plus ou moins nombreuses avec la substance corticale. La pie mère gorgée de sang contient des vaisseaux très dilatés

et comme variqueuse. De plus, la membrane adhère dans beaucoup de points avec la substance corticale, sur les lobes antérieurs. En soulevant la pie mère avec une pince on arrache en même temps des portions de substance corticale qui apparait alors sous forme d'ulcération plus ou moins profondes, sortes de villosités qui constituent la méningite chronique. On arrive ainsi à la décortication partielle de la surface du cerveau.

Vient ensuite le ramollissement superficiel et inflammatoire de la substance grise corticale. Cette substance perd peu à sa coloration normale. D'abord congestionnée à la 1re période, elle devient plus tard pâle et presque blanchâtre. Il y a donc 2 périodes dans les lésions, la période hyperémique ou congestive qui coïncide avec l'agitation maniaque et le délire actif et la période d'atrophie progressive qui se manifeste par la démence de plus en plus prononcée. M. Parchappe a beaucoup étudié ce ramollissement progressif de la surface corticale aboutissant peu à peu à la dispari-

tion progressive et il a démontré que ce ramollissement inflammatoire commençait par la marche moyenne de la substance grise corticale, ce que l'on a démontré en grattant la surface du cerveau avec le manche du scalpel.

A côté de cette lésion de la substance grise, il y a une lésion correspondante de la substance blanche. Dès 1824, Mr Delaye l'avait signalée et Mr Foville, père, après lui. La substance blanche, avaient-ils dit, est indurée en même temps que la substance grise est ramollie. M. Baillarger a étudié encore avec plus de soin ce caractère anatomique. Il a admis qu'il était presque constant et que dans les paralysies générales anciennes, il était facile de le faire ressortir en grattant avec le scalpel la substance grise superficielle pour découvrir la substance blanche indurée située au-dessus et qui se présentait sous forme de crêtes solides et résistantes.

En résumé, les lésions principales consistent dans l'épaississement, l'opacité et l'hypérémie des méninges, dans les épanchements de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde.

ou des ventricules, dans les adhérences des méninges à la surface corticale, le ramollissement de la substance blanche.

En pénétrant plus avant dans le cerveau on ne trouve pas d'autres lésions. Ni foyers sanguins ni ramollissement, ni altérations autres des parties centrales du cerveau. Seulement dans les ventricules on constate un épaississement de la membrane ventriculaire qui a un aspect comme chagriné et qui présente des granulations ou villosités particulières sur lesquelles M. Joire de Lille a appelé l'attention et qu'il a considérées comme la lésion la plus constante de la maladie.

Tel est le résumé des recherches macroscopiques avec le simple secours de la vue. Mais le microscope a donné davantage. Les lésions microscopiques semblent exister en même temps dans les deux portions des systèmes nerveux cérébral et spinal.

Magnan s'est d'abord appuyé sur les faits dans lesquels la maladie débute par la moëlle et il a constaté dans ces cas une sclérose évidente des cordons postérieurs de la moëlle sup

tout à la portion dorsale et moins évidente à mesure que l'on remonte vers le bulbe.
Les lésions portent surtout sur le tissu interstitiel. De même que dans la cirrhose et dans la maladie de Bright le tissu interstitiel s'épaissit successivement, par suite d'une prolifération ~~nucl~~ nucléaire et comprime de plus en plus la substance propre de l'organe, la substance générale et provoque ainsi peu à peu son atrophie et sa disparition progressive. Ces lésions sont manifestes à la dernière période dans la moëlle et dans le cerveau.
Pour établir ce fait dans le cerveau comme dans les autres organes, M. Magnan a d'abord ~~établi~~ établi par des travaux d'anatomie normale entrepris avec le Dr Hayem qu'il existait dans le cerveau une névroglie, c'est à dire un tissu interstitiel comprenant dans ses lames très minces, la substance cérébrale elle-même et il a pu prouver ensuite que dans la maladie ce tissu interstitiel s'épaississait comprimant la substance nerveuse et finissait par l'atrophier, la transformer en graisse

et la faire disparaître dans la substance blanche ainsi que MM. Delaye, Foville et Baillarger l'avaient déjà établi par l'observation directe sans le secours ~~de la médecine~~ du microscope. MM. Magnan et Westphal ont admis que c'était la lésion essentielle et vraiment caractéristique de la paralysie générale, la seule constante existant dans tous les cas et augmentant progressivement d'intensité à mesure que la maladie se prolonge. Ils ont admis, en outre deux modes différents de progression de cette lésion qui tantôt est descendante et marche de la moëlle vers le cerveau et tantôt au contraire est descendante, en allant du cerveau vers la moëlle. L'anatomie pathologique de la paralysie a donc déjà donné des résultats importants. On les a contestés au point de vue nosologique. On a dit d'abord que ces lésions n'étaient pas constantes dans la paralysie générale. D'autres ont dit qu'elles survenaient vers la fin de la maladie mais n'existaient pas au début

où l'on ne constatait que de la congestion ou de l'hypérémie et pas de lésions appréciables de la substance grise ou de la substance blanche. Enfin, d'autres ont admis que ces mêmes lésions se rencontraient également dans d'autres maladies, chez les vieillards, les alcooliques, dans les démences séniles et même chez des individus qui n'avaient présenté aucun symptôme morbide pendant leur vie. On en concluait que ces lésions n'étaient pas caractéristiques de la paralysie générale. Mais ces objections sont sans valeur. Sans doute, il y a quelques cas exceptionnels mais presque toujours on trouve ces lésions. De plus, il faut tenir compte des périodes. Sans doute, dans la 1re période, ce qui domine, c'est la congestion, l'hypérémie et l'altération congestive de la substance grise et l'atrophie de cette substance et l'induration de la substance blanche n'arrivent que plus tard à une période plus avancée. Il faut donc admettre anatomiquement 2 périodes distinctes dans l'évolution maniaque correspond la congestion et l'hypé-

rémie des méninges et de la substance grise et à la période de démence, l'atrophie progressive de la substance grise et l'induration ou sclérose de la substance blanche. Il faut donc tenir un grand compte des périodes de la maladie et ne pas rechercher les mêmes lésions cérébrales chez un paralytique qui meurt qui meurt à la I[re] période et chez un autre dont le décès a lieu à une période beaucoup plus avancée.

Durée de la Maladie

Elle est très difficile à établir dans l'état de la science. Les premiers auteurs l'avaient fixée à 6 mois ou un an. On ne faisait dater que de l'époque où apparaissait chez les aliénés les symptômes évidents de paralysie. Aujourd'hui, on remonte beaucoup plus haut dans son histoire et l'on allonge ainsi de plus en plus la durée de la maladie. L'existence fréquente des rémissions augmente encore cette durée. Certains malades sortent des asiles, rentrent dans leur famille, reprennent leurs occupations, quelques uns même se marient et ne reviennent que beaucoup plus tard dans les asiles par suite d'une nouvelle évolution de la maladie. Il faut donc, pour apprécier la durée moyenne de cette affection, tenir compte des prodrômes des Vres périodes et des oscillations diverses des périodes ultérieures. On a cru d'abord à une durée de un an, puis de 3, et enfin on admet aujourd'hui que dans des cas exceptionnels, elle peut dur-

6 ou 7 ans et même davantage. On peut citer des ex, très rares il est vrai, de 15 à 20 ans. On a étudié la paralysie générale à reculons et plus on remonte dans le passé plus on allonge la durée totale de la maladie sans compter les dernières périodes qui peuvent se prolonger indéfiniment

---

Pronostic

Le pronostic est bien grave. Quand le diagnostic est bien posé et que l'on ne s'est pas trompé sur la nature du mal, c'est une maladie incurable, quoique Mr Baillarger considère certaines rémissions comme étant de véritables guérisons. On ne doit pas cependant être absolu, comme on l'était autrefois. On condamnait irrévocablement autrefois à la mort prochaine tout individu qui présentait le plus léger embarras de la parole et l'on n'admettait pas qu'il put jamais quitter l'asile d'aliénés et rentrer dans sa famille. On doit être bien moins affirmatif aujourd'hui parce que les rémissions sont bien plus fréquentes qu'on ne le croyait et plus prolongées. On a même vu survenir des rémissions surprenantes à une période avancée de la maladie, alors que le malade était très affaibli intellectuellement et physiquement, qu'il était

même gâteux ; Pendant les rémissions, les malades reprennent en grande partie leur ancienne activité intellectuelle et ne conservent que quelques légers symptômes physiques peu prononcés. Alors se pose la question délicate au point de vue médico-légal des actes civils signés par ces malades en état de rémission et des actes criminels auxquels ils peuvent se livrer. Le médecin doit donc toujours réserver son pronostic au point de vue des rémissions possibles et prévenir les familles de ce retour possible à un état de santé relative qui pourrait permettre la sortie de l'asile ou bien d'affirmer comme autrefois l'incurabilité ~~absolument~~ et la mort inévitable dans un temps donné.

Diagnostic différentiel de la Paralysie Générale.

— Le diagnostic différentiel est très important.
— Il faut tenir compte des phénomènes physiques et des symptômes psychiques.
— Pour bien l'établir, il ne faut jamais perdre de vue que la paralysie générale n'est pas une véritable paralysie. Elle consiste dans une ataxie une incoordination des mouvements. Jusqu'à la mort, la paralysie est incomplète, les malades même quand ils ne peuvent plus marcher, peuvent encore remuer les bras et les jambes, soit assis, soit couchés. De plus, la paralysie est progressive en intensité et non en étendue. Au lieu de progresser de bas en haut comme dans les maladies de la moëlle, elle progresse d'une manière générale dans toutes les parties du corps à la fois. D'abord à peine sensible dans la langue et les lèvres, elle augmente très lentement d'intensité dans tous les organes sans jamais arriver à être complète et absolue

De plus, elle est générale dès le début. Elle porte sur les deux côtés du corps et sur les membres supérieurs et supérieurs. Elle s'accompagne tout d'abord d'embarras spécial de la parole peu facile à constater, qui est le signe constant, essentiel, pathognomonique. Dans les autres affections cérébrales quand il y a de l'hémiplégie elle est complète absolue et durable ; dans la paralysie elle est, au contraire, quand elle existe, temporaire et incomplète. Il en est de même de la paralysie des maladies de la moëlle. Il est de même de la paralysie des maladies de la moëlle qui monte lentement vers les parties supérieures et ne disparaît jamais dans les parties où elle s'est d'abord produite.

Pour le diagnostic il ne suffit pas de tenir compte des caractères spéciaux de la paralysie, il faut encore faire attention à tous les autres symptômes.

Dans la plupart des autres maladies cérébrales il y a des lésions des sens, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité gé

nérale ; il y a de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie temporaire ou persistante. Ces symptômes existent aussi dans les diverses intoxications tandis qu'ils sont très rares dans la paralysie générale vraie et légitime.

Quand on voit, dans une affection cérébrale, apparaître une amaurose ou une lésion quelconque des sens, on doit écarter l'idée d'une paralysie générale.

Pour mieux préciser le diagnostic différentiel il faut passer en revue la plupart des maladies cérébrales ou autres qui peuvent être confondues avec la paralysie générale

D'abord, les congestions cérébrales ou les apoplexies prennent subitement sous forme d'attaques. Elles ont des prodromes mais qui ne datent pas de loin, tandis que dans la paralysie générale, l'attaque quand elle existe, est consécutive à de longs prodromes. De plus, il y a une hémiplégie caractérisée, évidente et persistante qui diminue lentement d'intensité, tandis que dans la paralysie générale, l'hémiplégie quand elle existe, est temporaire et passagère. Enfin, dans l'hé-

morragie cérébrale il y a peu de troubles intellectuels ou bien ils sont de nature spéciale, portant sur l'aphasie ou la mémoire des mots et n'ont pas du tout les caractères du délire de la paralysie générale.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux ramollissements du cerveau. Parallèle rapide entre ces deux maladies. En passant ainsi en revue toutes les maladies du cerveau et en mettant leur symptomalogie en rapport avec celui de la paralysie générale, on peut établir le diagnostic différentiel.

Il en est de même des maladies de la moëlle. Elles débutent par les membres inférieurs, elles s'accompagnent d'incontinence d'urine, dès le début de paraplégie et n'ont pas de paralysie primitive dans les membres supérieurs; la paralysie est ascendante progressive en étendue et non en intensité. Il n'y a pas de troubles de l'intelligence, excepté dans les dernières périodes

Les maladies qui peuvent le plus prêter

à la confusion sont les intoxications par le phosphore, l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone, etc etc. Elles ont beaucoup de points de contact avec la paralysie générale. Il y a du tremblement et une paralysie incomplète dans les membres supérieurs et inférieurs et quelquefois de l'embarras de la parole, mais l'anesthésie, l'hypéresthésie, les troubles des sens, les lésions les plus profondes de la motilité et de la sensibilité servent à établir le diagnostic. De plus, dans ces intoxications, quand l'intelligence est atteinte, c'est sous forme de démence simple, de perte de mémoire, d'obtusion des idées et non avec les caractères du délire propre à la paralysie générale.

C'est l'alcoolisme qui prête le plus à la confusion. Elle est d'autant plus facile que les deux maladies coïncident souvent. On voit des individus devenir paralytiques à la suite d'excès de boissons et les deux maladies se mélangent. Dans l'alcoolisme, le tremblement est très prononcé et général, le corps tout entier est ébranlé. Il y a anesthésie des

extrémités supérieures et inférieures, des lésions des sens et surtout des perceptions subjectives de la vue, enfin le trouble mental est tout différent. Dans un cas le délire de grandeur et de satisfaction, dans l'autre, idées tristes, terreurs, idées de persécution, hallucinations nombreuses de l'ouïe. En général, la distinction est donc assez facile. Cependant, il y a des cas très difficiles d'alcoolisme chronique qui se rapprochent tellement de certaines formes de la paralysie générale qu'il faut attendre avant de se prononcer et suspendre son jugement. Il faudrait plus de détails et plus de temps pour établir avec plus de soin et d'exactitude le diagnostic différentiel mais ces indications générales suffisent pour démontrer qu'il ne suffit pas ~~pour démontrer une pa,~~ de constater une paralysie incomplète plus ou moins généralisée ou un certain degré de démence ou de débilité intellectuelle pour affirmer l'existence d'une paralysie générale. Les symptômes à ce degré peuvent

exister dans beaucoup de maladies cérébrales, médullaires et autres, et confondre ces diverses maladies entre elles sous prétexte de quelques analogies de symptômes serait marcher à sens inverse de ce progrès et de l'avancement de la science. On a eu le tort de réunir trop facilement sous le même nom vague de paralysie générale progressive les maladies les plus diverses et c'est ainsi que l'on a faussé sous tous les rapports l'histoire de la Paralysie générale.

Le diagnostic différentiel entre ces différents états est donc indispensable pour faire reposer la paralysie générale sur une base clinique véritable et pour éviter des confusions qui jettent la perturbation dans l'histoire de cette maladie.

Traitement

Ne peut s'appliquer qu'à l'atténuation de certains symptômes, puisque la maladie, en elle-même, est considérée comme incurable. Cependant, il y a le fait des rémissions qui peut quelque espoir
— Le traitement s'il existe, doit être pris à l'origine
— Partant de l'idée des congestions précédent les lésions plus profondes, on avait posé en principe à l'origine du temps de Broussais, le traitement anthropologique. On saignait les paralytiques; on appliquait des ventouses à la nuque et des sangsues à l'anus. Mais l'expérience a prouvé que ces moyens étaient plus nuisibles qu'utiles. Les saignées augmentent la congestion et les malades arrivent plus vite à la démence. Il ne faut donc pas avoir recours à la saignée générale, mais les saignées locales (ventouses et sangsues) peuvent avoir leur application dans les cas de congestions intenses.

Dans d'autres cas on a recours aux purgatifs répétés et aux révulsifs. Ces moyens sont utiles quand les malades sont très agi

tés et très congestionnés, lorsque l'appétit est vorace et les mouvements incessants et désordonnés; par ces moyens on peut arriver à calmer la grande surexcitation. Dans d'autres circonstances, surtout au début, on peut employer les cautères, les sétons, les vésicatoires, mais ces moyens n'ont pas toujours un effet très évident. Il en est de même de la digitale qui a pourtant été administrée avec succès par quelques médecins étrangers qui ont par là calmé l'extrême agitation et produit des rémissions notables. Le bromure de potassium est plutôt appliqué aujourd'hui avec avantage et contribue puissamment à calmer l'excitation. On a encore employé beaucoup d'autres moyens par ex. le cautère actuel que mon père a employé avec succès à la Salpêtrière et M. Voisin à Bicêtre, et qui a quelquefois suspendu la marche de la maladie.

Mais le plus souvent la maladie reprend son cours et ces moyens n'ont qu'une action passagère

Il faut donc se borner, en général, à combattre

tre certains symptômes tels que les attaques conges-
tives ou convulsives. Ces attaques disparaissent
en général d'elles-mêmes et au bout d'un
certain temps les malades reviennent à leur état
antérieur. Mais dans ces cas les moyens les meil-
leurs à employer sont les purgatifs énergiques et
révulsifs.

On peut aussi conseiller l'iodure de potassium
qui est employé pour des lésions analogues
d'autres organes que le cerveau.

Le bromure de potassium est aujourd'hui à
la mode. Employé d'abord contre l'épilepsie,
il est maintenant souvent employé pour
calmer les congestions et la grande excitation
surtout nocturne, dans la paralysie géné-
rale.

Plan de la Leçon sur la Mélancolie

On divise l'aliénation partielle en deux grandes classes, les Mélancoliques et les monomaniaques, les délirés tristes et les délirés gais.
Dans les deux genres du délire, il ne suffit pas d'étudier, comme on l'a fait très souvent, les idées, les sentiments ou les penchants prédominants, ainsi que les actes qui en sont la conséquence. Il faut étudier deux choses qui ont été trop souvent négligées :
1°. L'état général ou le fond de la maladie
2°. La marche ou l'évolution successive des périodes de cette maladie.
Eh bien, ces considérations générales s'appliquent aussi bien à la mélancolie qu'au délire partiel expansif, ou monomanie d'Esquirol.
De la Mélancolie en général
Il faut étudier l'état mental et l'état

physique.
Etat mental général
1°. Sensibilité morale. Elle est malade chez tous les mélancoliques et c'est la base de tous les autres phénomènes
Le mélancolique est malheureux, triste aussi tout en lui dénote cette disposition fondamentale de l'être moral. Dégoût de la vie. C'est le fond de toutes les mélancolies. C'est le 1er degré de la mélancolie, ou mélancolie sans délire, mais ce fond existe également dans toutes les mélancolies avec délire. L'idée triste ne précède pas la tristesse, elle la suit; le terrain est préparé et c'est sur ce sol que germent les idées maladives. 3 phases dans l'évolution de l'idée fixe. Un retus existe au début de toutes les folies partielles, comme des folies générales.
Le malade cherche des explications dans des directions différentes. Le ~~monde~~ uns accusent le monde extérieur, les autres accusent eux-mêmes. Ce sont là les deux

directions principales de la mélancolie délirante. Les idées délirantes spéciales varient avec les époques, les milieux, etc etc. mais le fond reste toujours le même. C'est la douleur morale qui est la base de toutes les mélancolies.

Intelligence. L'intelligence est ralentie dans son mouvement et le cours des idées est restreint. Ils ne sont pas concentrés sur une idée mais plus absorbés qu'attentifs. Les idées persistent à un certain degré même dans la stupeur mais il y a ralentissement évident de tout le mouvement intellectuel

Volonté. Impuissance plus ou moins grande de la volonté. Ils ne peuvent pas vouloir. Les malades le décrivent eux-mêmes. Il y a d'autres cas ou les malades agissent mais d'une manière automatique. C'est la mélancolie anxieuse.

Etat physique. Sensibilité physique altérée comme la sensibilité morale. Douleur physique, sentiment de malaise et de souffrance. Dans toutes les mélancolies

on constate des troubles nombreux de la sensibilité générale. Elle peut être altérée par excès ou par défaut : hyperesthésie ou anesthésie. Les lésions de la sensibilité générale donnent souvent lieu à des illusions ou à des hallucinations : au lieu d'attribuer ces sensations à une maladie nerveuse on les interprète dans le sens du délire dominant. Il y a, de plus, des douleurs : Griesinger ; Folie névralgique de Schüle. Névralgies dans diverses parties du corps tête serrée dans un étau. Anxiété précordiale. Points névralgiques. Emploi de la morphine. Troubles des mouvements. Mouvements ralentis, presque nuls. Fatigue sentiment de courbature, il reste au lit ne plus plus marcher. Dans d'autres cas, les mouvements sont incessants et automatiques. C'est le cas de la mélancolie anxieuse. Contractures, phénomènes cataleptiques, spasmes, contractions mus.

culaires. — Troubles des fonctions organiques.
Sommeil souvent troublé et nul
Fonctions génitales. Impuissance chez l'homme,
troubles de la menstruation chez la femme.
Fonctions digestives. Troubles d'estomac et d'intestin
Embarras gastrique, haleine fétide, dégoût pour
les aliments, puis refus. Alimentation artificielle
Lésions de Nutrition: amaigrissement, face vieillie,
peau sèche, rugueuse.
Respiration lente presque nulle.
Circulation ralentie, extrémités froides, oedematisées
Marche de la mélancolie. Marche très lente;
longue durée de la maladie. Marche à peu près
continue ou progressive, différences de degré
selon les périodes — formes rémittentes, — forme
intermittentes. Caractères des formes intermittentes
Ces diversités de marche correspondent aux 3
variétés principales de la mélancolie que nous
avons à décrire. C'est une classification
encore provisoire mais de beaucoup cependant
préférable à celles qui existent aujourd'hui.

Mélancolie anxieuse.

1º Hypochondrie névrose

2º id maladie mentale.

Elle passe insensiblement au délire de persécution ou à la mélancolie anxieuse

3º Hypochondrie morale ou avec conscience. Vertige morale ; action et réaction, précipice qui attire et repousse tout à la fois.

La mélancolie anxieuse peut se produire spontanément sans passer par l'hypochondrie. Elle se produit sous forme d'accès, plusieurs fois dans la vie : à la 1re période, ils sont conscients de leur état. Lutte pénible entre les idées saines et les idées maladives.

Description de la période d'état

Etat mental

Etat physique

Marche de la maladie ordinairement intermittente quelquefois passage à l'état chronique. Délire de négations.

Mélancolie dépressive ou avec stupeur.

1er degré. Mélancolie dépressive ou sans délire
Folie à double forme
Degrés successifs jusqu'à la stupeur complète
Etude de Baillarger.
Délire intérieur : actes instantanés. Aveux de convalescents.
Discussions relatives à la stupeur et à la stupidité.
Etiologie : fièvres graves, hystérie. Epilepsie
Emotion vive, cause morale.
Symptômes physiques. Catalepsies, contractu[res]
diagnostic différentiel avec la catalepsie et l'extase.
Pronostic. Forme curable excepté hystérie et fièvre typhoïde
Thérapeutique
Anatomie pathologique.

La Leçon est divisée en 2 parties.

1° Mélancolie en général
Description rapide d'après les données de l'opinion régnante.
Etat de la sensibilité
id de l'intelligence
id de la volonté
— Conceptions délirantes qui se développent sur ce fond maladif : 3 périodes : incubation, ~~stéré~~ systématisation, stéréotypé.
— Symptômes physiques : sensibilité physique, mouvements, fonctions organiques, Marche de la mélancolie.

2me partie. On a classé les mélancolies d'après les idées délirantes ou d'après les actes. Il faut chercher à faire un progrès en divisant d'après le fond maladif. 3 variétés : anxieux, dépressif et actif.
Indiquer rapidement les variétés sans délire avec conscience et hypochondrie morale.

1re Variété Mélancolie anxieuse de Guislain et de Morel.
Description du fond anxieux

Conceptions délirantes qui se détachent sur ce fond
différences avec le délire de persécution
Symptômes physiques
Marche : mélancolie sans délire ou hypochondrie
période d'état, guérison, passage à l'état chronique ; délire de négations.
Marche intermittente sous forme d'accès
2me Variété. Mélancolie dépressive tendant
à la stupeur.
Plusieurs degrés : Mélancolie sans délire : le
fond sans le relief — Conceptions délirantes
sur ce fond qui domine.
Divers degrés de stupeur
Etude du fond intérieur : Baillarger, actes instantanés ; témoignage des Convalescents -
Deux opinions stupeur et stupidité.
Symptômes physiques
Contractures, catalepsie.
Diagnostic différentiel
Etiologie spéciale : causes morales ; succède à
une maladie aigue : cas graves à la suite
d'hystérie ou de fièvre typhoïde + Les autres cas peuvent guérir

Anatomie pathologique. Georget, Ferrus, Etoc de Mazy.

Thérapeutique.

Marche lente et continue, très longue mais souvent curable.

résumé général de la leçon.

Description du délire de persécution.

C'est la monomanie triste de Baillarger par opposition à la mélancolie dépressive. C'est une forme spéciale et nouvelle à détacher du groupe trop vaste des mélancolies d'Esquirol.

Historique rapide : Le mot persécution n'est pas dans Esquirol qui se sert des mots tristesse crainte et défiance. Il peut être dans les observations, parce que les malades s'en servent, mais il n'est pas dans le texte d'Esquirol ni de ses élèves directs. Aussi, aujourd'hui encore, les élèves survivants acceptent les idées de persécution, mais non le délire de persécution comme forme spéciale et distincte de maladie mentale.

Lasègue en 1852. Ouvrage de Legrand du Saulle.

Plusieurs communications de moi à la Société psychologique et le mot est maintenant entré dans la science à tel point que l'on en abuse.

Il faut séparer nettement les idées de per-

sécution qui peuvent exister dans beaucoup de formes de maladies mentales du délire de persécution qui est une maladie spéciale depuis son début jusqu'à sa terminaison. Il faut surtout le distinguer du délire de persécution des alcooliques.

1re Période.

— Caractère antérieur défiant et soupçonneux. C'est habituel mais non constant.

— Conditions de vie solitaire et isolée du monde et de la famille, dont on se défie et que l'on prend en grippe.

— Ils interprètent tout ce qui se passe autour d'eux, croient qu'on les regarde, qu'on se moque d'eux, qu'on se fait des signes, qu'on les tourne en ridicule, qu'on chuchotte dans les rues, etc, etc. Ils cherchent dans le monde extérieur les causes des souffrances qu'ils éprouvent intérieurement.

— Deux modes de début du délire de persécution. 1° par les sensations hypochondriaques (Morel) interprétation maladive des sensations venant du dedans. 2° par les sensations externes; interprétation constante de tous les faits les plus insignifiants qui se passent au dehors.

Ce travail de recherche et d'explication

est très lent dans la tête humaine. Pendant très longtemps tout se passe dans le for intérieur et très peu de chose paraît en dehors qu'il faut compter les prodrômes et souvent on peut remonter jusqu'à l'enfance ou, du moins, jusqu'à la puberté.

On ne connaît les faits que par les confidences des malades ou par quelque fait accidentel qui échappe de temps en temps. Cette 1re période ne peut donc être étudiée, en général que rétrospectivement.

On apprend alors que tout ne s'est pas passé à l'intérieur et qu'ils ont quelquefois passé à l'intérieur et qu'ils ont quelquefois passé à l'action. Ils ont changé de domicile, se sont plaints aux voisins, ont interpellé des passants, renvoyé leurs domestiques, changé de lieux, pour échapper à l'obsession et quelquefois même se sont livrés à des actes violents. Ils fuient les personnes qui les entourent dont ils se méfient, recherchent la solitude, prennent

en grippe leurs parents et leurs amis. Quelquefois le changement de lieu ou les voyages suffisent pour calmer momentanément le délire et produire une rémission, mais au bout de quelque temps il revient avec une nouvelle intensité. Cette 1re période est souvent très longue; les malades restent en liberté dans la société et souvent alors sont dangereux, se livrent à des actes violents qui les conduisent devant la justice ou les font enfermer. Mais le plus souvent ils vont se faire prendre eux-mêmes en allant se plaindre auprès des magistrats qui, alors, les font enfermer, tandis que sans cela ils seraient restés bien plus longtemps en liberté.

2me période.

Hallucinations de l'ouïe

Cette période se produit peu à peu d'une manière lente et inaperçue, et plus ou moins vite selon les malades. Les uns restent très longtemps à la simple interprétation délirante et les autres arrivent très

vite à l'hallucination se produit déjà alors que les malades sont encore en liberté. C'est une transformation de la pensée en sensation comme l'a dit Lélut. La pensée prend un corps peu à peu et se fait son et se formule dans quelques mots très courts et toujours les mêmes.

Elles commencent par être indécises et mal caractérisées: passage de la représentation mentale à l'hallucination proprement dite; caractères qui différencient l'hallucination maladive de l'évocation normale des mots ou des sons. La pensée s'extériorise et semble venir du monde extérieur. Le malade entend des mots isolés, toujours les mêmes et des phrases très courtes, des insultes, des mots grossiers qui souvent les poussent à l'action

Plus tard, à mesure que la maladie progresse, l'hallucination se complète peu à peu et se transforme en phrases, en conversations, en monologues, puis en dialogues

par demandes et par réponses. (Nous l'étudierons plus tard, à propos de la 3me période)

C'est à la période d'hallucinations de l'ouïe qu'ils entrent dans les asiles, soit à la suite d'actes violents, de plaintes des voisins ou de plaintes qu'ils ont eux-mêmes adressées aux autorités.

Description de cette période d'état, divisée en 3 catégories de malades :

1° Ceux qui restent encore à l'état vague, accusent des ennemis indéterminés et disent : on m'en veut, on me fait du mal, on me fait des misères, des taquineries, des méchancetés, sans pouvoir préciser les personnes ni bien systématiser leur délire.

2° Ceux qui systématisent de plus en plus et arrivent à accuser des collectivités, des influences générales, police, sociétés secrètes, Jésuites magnétisme, sorcellerie et le diable ou les démons au moyen-âge.

3° Ceux qui accusent telle personne en particulier sur laquelle ils concentrent tout leur délire. un personnage

déterminé qui est leur ennemi et la cause unique de tous leurs maux. Ce sont les plus dangereux et ce sont ceux qui de persécutés deviennent persécuteurs.
Details à ce sujet.
Deux espèces de persécutions.
renvoi pour la 2me catégorie à l'histoire des raisonnements et des héréditaires.

Les persécutés hallucinés arrivés à la période de systématisation et enfermés dans les asiles racontent ordinairement assez volontiers les details de leur délire. Cela varie beaucoup selon les périodes de rémission ou de paroxysme et selon le degré de dissimulation pour obtenir leur sortie. Il y en a beaucoup dont le langage est plein de réticences et de sous-entendus, qui refusent de s'expliquer, disent que vous connaissez leur histoire aussi bien qu'eux et qui même dissimulent absolument ce qu'ils ont dit dans d'autres moments. C'est là une grande dif

ficulté de l'observation pour les magistrats et même pour les médecins et souvent alors on peut les croire guéris, les remettre en liberté, et ils commettent alors un acte violent. Il faut prendre à cet égard les plus grandes précautions avant de les rendre à la liberté.

3me Période

Hallucinations de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût. Hallucinations génitales et 3me période des hallucinations de l'ouïe

Les malades alors à éprouver des hallucinations des autres sens, excepté de la vue. De même que les hypochondriaques, ils éprouvent des sensations pénibles dans toutes les parties du corps. Ils décrivent ces sensations comme les hypochondriaques avec un vocabulaire spécial - Au lieu de les rattacher à une cause naturelle, ils les attribuent à leurs ennemis. Ils ont souvent des maladies vraies et les interprètent dans le sens de leur délire. Ils disent qu'on les a battus

qu'ils sont couverts de coups ; qu'on leur souffle des gaz, des odeurs, qu'on leur lance des dragues, qu'on met des substances nuisibles dans leur bouche ou dans leurs aliments.
Les hallucinations de la vue n'existent pas dans ce délire. Quelques détails à cet égard et renvoi pour détails au diagnostic différentiel avec l'alcoolisme.
Description des hallucinations de l'ouïe à la 3me période. Echo, dialogues, dédoublement de la personnalité : plusieurs voix, demandes et réponse. Voix du bien et du mal, bonnes et mauvaises conseillères. Voix qui attaquent et voix qui défendent. Système des compensations qui s'établit pour défendre les malades contre leurs persécuteurs. Malades exceptionnels ayant de temps en temps des idées gaies et des hallucinations agréables qui les font rire en leur disant des bêtises ou des choses qu'ils n'osent pas répéter !
Vocabulaire spécial, mots adoptés par les

malades et qu'ils jettent à la tête du premier venu comme s'ils devaient être compris de tous tandis qu'ils ont absolument besoin d'une explication préalable.

4me Période

Delire des grandeurs chronique comparé à celui de la Paralysie générale.
Passage très lent à la démence qui arrive rarement à être complète.

Leçon du 4 avril 1886
à la Salpêtrière.

Parallèle entre les deux variétés principales du délire de persécution : Le délire de persécution essentiel et classique et le délire de persécution raisonnant ou héréditaire. Ces deux états diffèrent non seulement symptomatiquement mais par la marche générale de la maladie depuis la naissance jusqu'à la mort et c'est là le point nouveau de science qu'il s'agit de bien établir aujourd'hui.

Historique de la Médecine mentale en France depuis 1792 jusqu'à 1840

Les anciens et les médecins du 18me siècle s'étaient occupés de la Folie dans leurs traités généraux de la Pathologie mais un grand mouvement s'est produit en faveur des aliénés vers la fin du 18me siècle et a eu pour principaux représentants deux hommes illustres qui ont été les maîtres de toutes les générations qui se sont succédées jusqu'à nos jours, Pinel et Esquirol.
Ce mouvement a eu un double caractère philanthropique et scientifique. Le mouvement philanthropique a été le résultat des idées philosophiques du 18me siècle et des principes de la révolution française. Pinel a été le représentant de son époque. Il a appliqué aux aliénés les principes des droits de l'homme et de la dignité humaine. Il a élevé les aliénés à la dignité de malades et a réha_

bilité cette dignité dans la personne des aliénés. Il a commencer par briser les chaînes et a appli à ces malades les principes de la bienveillance et de la douceur. Ce mouvement une fois commencé ne s'est pas arrêté et a suivi son cours non seulement en France mais dans toute l'Europe et dans tout l'univers. Esquirol 1er élève de Pinel a suivi son impulsion et l'a propagée ainsi que toute la génération des élèves qui ont suivi. Le mouvement scientifique n'a pas été moins important que le mouvement philanthropique. Ce mouvement peut être ramené à plusieurs principes généraux.

1° Négation de la valeur des lésions anatomiques du cerveau dans l'étude de la Folie.

2° Prédominance accordée à l'étude de la psychologie et des facultés lésées - Influence de Locke, de Condillac, de Laromiguière et plus tard, de l'École Écossaise : Folies

Folies de l'intelligence de la sensibilité et de la volonté : Etude des lésions de la mémoire de l'attention, du jugement, de l'association des idées, etc. etc.

3° Adoption de la classification des anciens, mais y superposant le classement par facultés. La manie devient la maladie de l'intelligence, la mélancolie celle de la sensibilité et la manie sans délire celle de la volonté. Esquirol y ajoute la monomanie qui devient la folie des facultés lésées isolément et en particulier des lésions des penchants et des instincts.

4° Traitement moral prédominant : Influence des émotions vives et du raisonnement pour la guérison des idées fausses. Isolement et asile d'aliénés comme mesure thérapeutique essentielle et dominant toutes les autres...

Tels sont les principes qui dominent dans les écrits de Pinel et d'Esquirol quils ont communiqués à leurs élèves qui ont agi successivement sur plusieurs générations et qui dominent encore la science ac-

tuelle malgré les diversités secondaires survenues depuis cette époque.

Mouvement de la science chez les élèves de Pinel et d'Esquirol.

Les élèves de Pinel et d'Esquirol ont suivi très docilement en général le mouvement imprimé par leurs maîtres au point de vue des principes généraux de la médecine mentale, au point de vue de l'influence prédominante de la psychologie, du cérébrisme, au lieu des folies sympathiques, de l'influence prédominante des causes morales au point de vue de la classification qui a été généralement acceptée, sauf de légères variantes, et qui a résisté, chose étonnante, à 3 générations successives d'élèves, et enfin au point de vue du traitement moral, des asiles d'aliénés et de l'isolement. C'est une petite Eglise qui a ses pontifes, ses dogmes, ses adeptes fanatiques, ses néophytes et ses hérétiques

qui est intolérante et exclusive, hors de laquelle il n'y a pas de salut et qui excommunie encore aujourd'hui tous les dissidents comme hérétiques, incapables ou excentriques. Il n'est pas permis aujourd'hui de lever autel contre autel et de réagir contre ces doctrines dogmatiques qui ont force de loi et contre lesquelles l'insurrection est considérée comme une sorte de sacrilège / nous dirons nous : respectons nos maîtres, reconnaissons leur mérite et l'importance des réformes qu'ils ont accomplies dans la philanthropie et la science, mais ne nous immobilisons pas dans la contemplation de leurs oeuvres et n'enrayons pas tout progrès sous prétexte d'un culte exagéré pour des idoles. Conservons leurs statues mais cessons de les placer sur un piédestal qu'il n'est pas permis de renverser.

Sur un seul point, les élèves de Pinel et d'Esquirol ont fait infraction à la doc-

suive de leurs maîtres et ont suivi une route distincte et séparée. C'est au point de vue de l'importance plus grande accordée par eux aux lésions anatomiques du cerveau comme causes et symptômes organiques des maladies mentales. Sous l'influence de Gall et de Broussais, ils ont suivi le mouvement anatomique de cette époque et ont fait faire sous ce rapport un pas important à la science. C'était en 1816, à la Salpêtrière, après l'invasion étrangère. Le typhus régnait dans cet hospice. De jeunes hommes qui, plus tard, devaient devenir des maîtres, disciples de Pinel et d'Esquirol, préludaient à leurs études médicales générales par des études anatomiques sur le cerveau; Rostan préparait son livre sur le ramollissement cérébral; autour de lui se groupaient des élèves de Pinel et d'Esquirol qui suivaient la même voie anatomique, Calmeil, Georget, Falret, Voisin, Foville, Delaye, etc, etc, etc, et de ce mouvement nouveau de la science est sortie la plus grande conquête

de la médecine mentale au 19me siècle, la dé-
couverte de la paralysie générale dont nous
parlerons tout à l'heure. C'est à Charenton sur-
tout qu'eurent lieu les 1res observations sur
cette maladie nouvelle. Royer-Collard l'a
signalée à ses élèves et Bayle, Calmeil,
Delaye, etc, ont fait des travaux remar-
quables qui ont fixé désormais la science
relativement à cette maladie. Plus tard,
Foville et Parchappe ont perfectionné l'étude
anatomique et Esquirol lui-même, par
contre-coup, le mouvement imprimé par
ses élèves est rentré dans la même voie
et a fait entrer la paralysie générale dans
le cercle de ses études et l'a lui-même
enseignée aux nouvelles générations. Il
l'avait à peine signalée en 1816 à côté
de phthisie et du scorbut et il l'a fait
figurer dans son livre en 1836 comme com-
plication terminale possible de la
Manie, de la Monomanie d'orgueil,
de la démence et même de toutes les

folies, mais non comme forme distincte et spéciale.

Indications rapides sur les 3 Ecoles qui ont régné en médecine mentale depuis 1816 jusqu'en 1840. Ecole anatomique cérébrale. Ecole psychologique, et Ecole somatique allemande.

3 Ecoles principales se sont partagé la science dans ce siècle et ont dominé la médecine mentale, soit en France, soit à l'étranger.

1° Ecole somatique cérébrale. A la suite de Broussais et de Gall, les médecins français, même parmi les élèves directs de Pinel et d'Esquirol, ont proclamé depuis 1816, que le cerveau était le seul organe affecté dans les maladies mentales, que les lésions des autres organes dans la folie étaient absolument sans importance et pouvaient tout au plus figurer à titre de complication ou de maladies incidentes, qu'il n'existait pas de folies sympathiques. Ils ont recherché les causes organiques de la folie dans les lésions principalement inflammatoires et congestives du cerveau et de ses mem-

branes constatées à l'autopsie chez les aliénés, les recherches anatomi-pathologiques ont été poursuivies avec persévérance et avec ardeur pendant une vingtaine d'environ par des hommes éminents tels que Rostan, Calmeil, Bayle, Georget, Delaye, etc, etc et ont produit des résultats importants dans l'étude organique des diverses variétés de la Folie. Elles ont produit un résultat considérable et acquis désormais à la science c'est à dire la découverte d'une forme principale de maladie mentale, la paralysie générale, la plus grande conquête de notre siècle dans la pathologie mentale. Mais en dehors de cette forme particulière de la folie, les résultats des études anatomiques sur le cerveau, même depuis que le microscope est venu ajouter ses découvertes à celles que l'on avait pu faire auparavant avec les recherches microscopiques, faite

à l'oeil nu, n'ont pas donné tout ce qu'on espérait. On est arrivé à constater qu'il existait souvent des lésions anatomiques, hypérémiques, inflammatoires, atrophiques, ou ~~[illegible]~~ ou sclérotiques, dans le cerveau des aliénés de toutes les catégories et surtout chez les aliénés chroniques, mais on n'a pas pu jusqu'à présent, trouver des lésions qui n'existeraient que chez les aliénés, ni mettre la variété des lésions trouvées à l'autopsie avec la diversité des symptômes observés pendant la vie. En un mot, on n'a pas encore pu établir une relation étroite entre les lésions trouvées dans le cerveau et chacune des formes de maladies mentales. Malgré les progrès des localisations cérébrales surtout dans ces dernières années, on ne peut donc pas encore faire reposer le classement des formes de la folie sur une base anatomique scientifiquement établie.

2°. Ecole psychologique. Après avoir cherché à faire reposer l'étude des maladies mentales et de leurs diverses espèces sur l'anatomie pathologique, d'autres auteurs en France et à l'étranger (surtout en Allemagne) ont cherché à s'appuyer sur la psychologie normale et sur les divisions arbitraires des facultés mentales admises par les diverses écoles philosophiques et psychologiques. Beaucoup d'auteurs se sont consacrés à cette étude patiente et laborieuse et ont fait produire à cette direction de la science tout ce qu'elle pouvait produire. En France, Pinel et d'Esquirol ainsi que beaucoup de leurs élèves en Allemagne Heinroth, Ideler et beaucoup d'autres ont travaillé dans cette voie et ont produit des travaux très nombreux et très intéressants où les lésions des facultés mentales ont été suivies avec les plus grands soins dans les diverses formes et périodes

des maladies mentales et analysées avec une minutie vraiment remarquable

3.° École somatique. Indépendamment des deux écoles scientifiques que nous venons d'indiquer il s'en est produit une 3.me surtout en Allemagne dont le célèbre Jacobi a été le chef principal et qui a eu pour adeptes pour depuis 1830 les médecins les plus distingués de l'Allemagne, Jessen, Nosse, Noller, Zeller, Griesinger, etc etc. Cette école a cherché à rattacher le délire chronique de la folie à titre de symptôme, aux maladies des divers organes de l'économie (coeur, poumon, foie, reins, organes génitaux, organes dans sous-diaphragmatiques, système nerveux ganglionnaire, etc, etc) comme dans les maladies ordinaires on rattache le délire aigu comme symptôme à diverses affections générales ou locales telles que la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives ou intermittentes, etc, etc) Cette École qui a eu de

de nombreux adeptes a produit beaucoup de travaux tous élaborés dans le même sens et qui ont avancé sous ce rapport l'étude générale des maladies mentales et n'ont pas été par conséquent sans utilité Mais cette étude est évidemment trop absolue et trop exclusive et de même qu'en France on est arrivé souvent à nier même l'existence des folies sympathiques, de même en Allemagne on a eu tort plus grave d'en exagérer tellement la valeur qu'on a voulu presque supprimer les folies idiopathiques par lésion primitive du cerveau et réduire la pathologie mentale à n'être plus qu'un corollaire et un accessoire de la pathologie ordinaire. C'était là évidemment une exagération dangereuse et qui ne pouvait résister à l'effet du temps et d'une observation plus attentive des faits et aussi même en Allemagne où cette doctrine exerce encore une grande influence sur les esprits on ne la maintient plus à l'état de doctrine exclusive. Dans tout les cas, ce n'est pas selon nous dans cette direction que doit se trouver le véritable progrès en medecine

mentale.

A ces 3 écoles principales, il conviendrait encore d'ajouter l'École Étiologique et l'École clinique qui nous paraît la seule vraie et médicale, mais nous y reviendrons dans la 2me portion de la leçon, à l'occasion des progrès accomplis depuis 40 ans.

Manie.

D'après la classification de Pinel et d'Esquirol la Manie est constituée à l'état de forme distincte de maladie mentale à l'aide de deux caractères le trouble général de l'intelligence et l'excitation c'est à dire l'activité exagérée de toutes les fonctions et le désordre des mouvements et des actes. Mais combien ces caractères sont vagues et généraux et s'appliquent à des états tout à fait différents qui devraient être séparés les uns des autres dans une classification vraiment naturelle et médicale. L'excitation qui sert de base à la forme maniaque n'est qu'un état symptomatique tout à fait artificiel et accidentel qui peut disparaître l'état mental restant le même ou se produire dans les formes très diverses dont le fond maladif est tout différent. C'est donc un état général symptomatique ana-

logue à l'état fébrile, à l'état typhoïde, à l'état anémique dans les maladies ordinaires et qui ne peut servir à caractériser une espèce naturelle et véritable de maladie mentale. Et ce qui le prouve c'est la diversité très grande des états pathologiques que l'on groupe aujourd'hui sous le nom générique et absolument vagues de maniaques!
On y réunit à la fois les maniaques suraigus voisins du délire aigu caractéristiques par une agitation excessive portée jusqu'à la fureur, avec loquacité incessante et incohérente, crachottement, mouvements de tous les instants et absence complète de rapports avec le monde extérieur et de l'autre les malades atteints de simple excitation maniaque raisonnante (hystérique, paralytique ou circulaire) qui ont plus d'esprit qu'à l'état normal dont toutes les facultés ont acquis un surcroît d'activité et d'énergie qui étonnent tous les assistants par leur esprit; leur mémoire excessive, les réparties, les citations de poët

et d'auteurs classiques, les compositions personnelles et qui malgré le désordre extrême de leurs actes ont une intelligence plus active et plus féconde que celles qu'ils possédaient à l'état normal. On réunit ainsi aujourd'hui sous le nom de maniaques, les manies intermittentes et périodiques, les manies congestives qui n'est qu'une 1re période de la paralysie générale et même les manies instinctives ou manies sans délire dans lesquelles au milieu d'une conservation apparente de la raison, on suppose le développement instantané ou périodique de certains penchants violents, au meurtre, au vol, à l'incendie ou au suicide, état sur lequel nous aurons à revenir tout à l'heure à l'occasion des monomanies instinctives et des folies héréditaires. Il est évident pour tous ceux qui se sont donnés la peine d'observer sérieusement les aliénés de ces diverses catégories que c'est l'enfance de l'art que de les réunir ainsi pêle mêle dans un même groupe artificiel de faits dis-

parafes sous le nom vague et générique de maniaques ; que cette classification est absolument artificielle et provisoire et que c'est un véritable progrès scientifique que d'y avoir déjà introduit, comme nous le dirons tout à l'heure, des distinctions plus scientifiques plus médicales et plus maniaques à des formes de maladies mentales mieux déterminées telles que la Paralysie générale l'alcoolisme, la folie circulaire, les folies héréditaires, hystériques, épileptiques etc.

Mélancolie

Ce que nous venons de dire de la Manie telle qu'elle est admise dans la classification régnante, nous pouvons le dire avec plus de vérité encore du groupe plus vague, plus vaste et plus compréhensible encore des mélancoliques tel qu'il était admis par Pinel et Esquirol et tel que le comprennent encore un certain nombre de médecins qui sont restés admirateurs serviles et disciples fidèles de ces maîtres illustres!

Qu'est-ce en effet que la Mélancolie telle que la comprenaient nos maîtres? C'est un groupe énorme de faits essentiellement disparates réunis artificiellement et arbitrairement à l'aide d'un seul caractère et qui présentent sous tous les autres rapports les différences les plus capitales et les plus importantes. D'après les principes de cette école, la Mélancolie est caractérisée par

deux symptômes principaux. Le délire limité à un petit nombre d'objets avec conservation apparente de la raison sous d'autres rapports et un fond de tristesse, de crainte ou de défiance qui imprime son cachet à toute l'intelligence du malade et à toutes les conceptions délirantes qui le dominent. Or, il suffit d'observer même superficiellement et rapidement les malades réunis ainsi aujourd'hui sous le nom si vague et si compréhensif de mélancoliques, pour comprendre combien diffèrent profondément les uns des autres tous ces aliénés qu'une classification toute superficielle réunit cependant sous une même dénomination dans un même genre et dans un même groupe et qui tout en présentant tous les caractères communs qui servent à les réunir artificiellement présentent sous tous les autres rapports de telles différences qu'on se demande comment une science sérieuse

et digne de ce nom a pu continuer pendant si longtemps à les réunir quand tout devait tendre à les séparer !

M. Baillarger a déjà fait remarquer avec beaucoup de raison, qu'il existait deux catégories bien différentes parmi les mélancoliques décrits par Esquirol, les mélancoliques actifs, les Mélancoliques passifs et il a proposé une modification profonde à apporter à la classification d'Esquirol en faisant passer les mélancoliques passifs dans la catégorie des délires généraux tandis que les mélancoliques actifs seuls figureraient dans la classe des délires partiels sous le nom de Monomanies avec tristesse. Mais cette distinction importante demandée par M. Baillarger dans la classe des Mélancoliques d'Esquirol n'est pas la seule qu'il soit utile d'établir dans l'état actuel de la science parmi les mélancoliques. Nous allons voir tout à l'heure que certaines mélancolies doivent être attachées à la paralysie générale d'autres à l'alcoolisme à la

folie circulaire quelques autres enfin à l'hypo-
chondrie, à d'autres névroses ou à d'autres
affections cérébrales. Mais, dès à présent d'
autres affections cérébrales. Mais dès à présent
nous pouvons dire qu'il convient de faire 4
grandes divisions principales parmi les mé-
lancoliques d'Esquirol, 1° Les Mélancoliques
déprimés aboutissant successivement à divers
degrés de stupeur et même dans les mêmes
cas extrêmes à la stupeur. 2° Les mélanco-
liques, actifs avec idées prédominantes de
persécution que décrirons tout à l'heure
sous le nom de délire de persécution. 3°
Les mélancoliques anxieux avec idées domina-
de ruine, de condamnations imaginaires, de
culpabilité ou de damnation, viennent les
mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes
au lieu d'accuser le monde extérieur
comme les persécutés et qui aboutissent
dans la chronicité au délire des néga-
tions et aux divers degrés de transfor-
mation de la personnalité.
4° Enfin les mélancoliques sans ~~délire~~ ou

avec conscience qui se rattachent aux folies héréditaires ou aux folies avec conscience dans lesquelles les malades ont des idées qui les obsèdent, des impulsions au suicide ou à l'homicide qu'ils réprouvent, qu'ils combattent, mais dont ils ne peuvent se débarrasser et auxquelles ils finissent souvent par succomber. Telles sont les 4 catégories principales de Mélancoliques que l'on commence à entrevoir comme distinctes dans l'état actuel de la science et qu'il conviendrait de décrire avec plus de précision et d'exactitude pour arriver à en faire des formes vraiment naturelles de maladies mentales.

Monomanie

Ce que nous venons de dire de la Manie et de la mélancolie est bien plus vrai encore de la Monomanie forme de maladie mentale admise par Esquirol et la plupart de ses élèves directs qui tend de plus en plus à disparaître aujourd'hui de la science, et dont les différents faits devraient être répartis dans plusieurs autres formes plus naturelles de maladies mentales.

Mon père surtout a consacré la plus grande partie de sa vie scientifique à combattre la monomanie d'Esquirol et à nier d'une manière absolue l'existence des monomanies vraies. Et ce n'était pas pour lui comme on l'a dit bien à tort une simple discussion de mots mais une véritable question de principe, une question de doctrine, développer ici en quelques phrases les idées exprimées par mon père à ce sujet

Ce que mon père a dit des monomanies au point de vue des idées délirantes, il l'a dit également des monomanies instinctives au point de vue des idées délirantes, il l'a dit également des monomanies instinctives et des monomanies d'actions. C'est une grave erreur au point de vue clinique et une erreur désastreuse au point de vue de la médecine légale, que la création des monomanies homicide, du vol, incendiaire, suicide, etc, etc qui n'existent pas réellement dans la nature à l'état d'unités distinctes qui ne représentent que des actes prédominants se produisant dans les conditions les plus diverses et qui au lieu d'être réunies artificiellement sous un même nom doivent être désormais réparties dans les diverses formes nouvelles de maladies mentales dont nous parlerons tout à l'heure, la paralysie générale, l'alcoolisme, la folie à double forme, le délire de persécution, les folies héréditaires, épileptiques, hystériques et les délires par accès sur

lesquels M. Lasègue a attiré avec beaucoup de raison l'attention dans ses études médico-légales sur les cérébraux et sur Chabot. Les différents faits réunis par Esquirol sous le nom de monomanie doivent donc être séparés les uns des autres dans une classification plus naturelle. La monomanie ambitieuse passe dans la paralysie générale et les dernières périodes du délire de persécution. La monomanie de persécution passe dans cette forme nouvelle distinguée nettement et de la mélancolie et de la monomanie. La monomanie raisonnante passe dans les folies héréditaires ainsi que la plupart des monomanies dites instinctives du vol, de l'homicide et de l'incendie. Enfin certaines monomanies sont rattachées à l'épilepsie, à l'hystérie et surtout à la folie avec conscience ou aux délires émotifs.

Ainsi donc, en résumé, non seulement comme mon père l'a soutenu, toute sa

rè, la monomanie n'existe pas théoriquement à l'état de délire unique réduit à une idée à un sentiment, à un penchant surexcité ou à un acte déterminé mais même elle ne doit pas être conservée dans la science comme forme spéciale à l'état de délire restreint et limité et tous les faits classés artificiellement et provisoirement par Esquirol sous cette dénomination qui doit être rayée du vocabulaire de la science doivent être répartis dans les diverses formes plus naturelles ~~dont~~ nous allons vous parler tout à l'heure.

Démence.

La démence telle qu'elle a été conçue par Pinel et Esquirol est encore moins admissible et moins acceptable que les 3 autres formes de la classification que nous venons de passer en revue.

Pour Pinel et pour Esquirol, la démence pouvait être quelquefois primitive mais elle était presque toujours consécutive et n'était qu'une période terminative des autres formes de maladies mentales. Elle était surtout caractérisée par l'extrême affaiblissement et presque par l'oblitération complète des facultés intellectuelles et affectives. Si on la comprenait ainsi dans toute la rigueur du terme, elle serait très rare et ne comprendrait qu'un petit nombre de faits. Mais en général Esquirol et ses élèves ont étendu beaucoup plus le sens de ce mot et l'ont appliqué à la plupart des états chroniques de trouble mental

dans lesquels on peut constater un affaiblissement assez prononcé des facultés mentales. C'est dans ce sens que l'on appelle aujourd'hui déments les trois quarts des malades chroniques qui encombrent aujourd'hui les asiles d'aliénés. Ainsi compris et ainsi étendu, le mot de démence n'a plus aucun sens précis et s'appli- que aux faits les plus disparates et les plus discordants : C'est un véritable caput mortuum dans lequel on fait rentrer tous les faits d'affection mentale chronique qui ne peuvent rentrer dans aucune autre catégorie pourvu qu'ils présentent un degré quelconque d'af- faiblissement intellectuel. Ainsi entendue la démence devient un mot banal qui n'a plus un sens vraiment scientifique et qui ne représente plus rien de précis ni de compréhensible et doit être comme la monomanie rayé de notre vocabulaire. Les faits que l'on continue à ranger, faute de mieux, dans cette désignation vague et qui embrasse dans sa vaste compréhension

les états les plus divers doivent être répartis dans les autres formes plus naturelles que nous allons étudier tout à l'heure et peuvent dès à présent être divisés en 4 grandes catégories 1° La démence liées aux diverses variétés de la paralysie générale, ou Démence paralytique 2° La démence organique liées à des maladies organiques du cerveau avec lésions en foyer ou localisées. 3° La démence sénile. 4° La démence terminative des autres affections mentales et qui doit être elle-même subdivisée en autant de variétés qu'il y a de formes naturelles de maladies mentales dont elle forme la dernière période qu'il faut tâcher de mieux étudier et de mieux décrire qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour de manière à mettre les dernières périodes en rapport avec les 1res. Celle que nous connaissons aujourd'hui le mieux et la plus fréquente de toutes est la folie chronique ou l'espèce de démence qui succède à ce délire de persécution qui en forme la 4me période et qui est surtout caractérisé par des idées stypées de persécution et de grandeur, de nombreuses hallucinations de tous les sens et de la sensibilité générale.

Analyse du Chapitre de Krafft Ebing sur le Diagnostic de la Folie.

La question de savoir si un individu est fou ou ne l'est pas peut être posée au médecin devant le tribunal ou au lit du malade.

Devant le tribunal elle est posée lorsque le juge a des doutes pour savoir si des anomalies psychiques sont simplement l'expression d'une disposition sentimentale ou d'une excitation passionnée, d'un abandon volontaire à des penchants ou à des impulsions immorales, de tromperie volontaire et malveillantes, ou bien si elles sont la conséquence d'une maladie du cerveau qui leur sert de base. Le juge a besoin de cette décision pour pouvoir déterminer si un individu doit être condamné par un acte contraire aux lois, s'il doit être privé de ses droits civils ou de sa liberté en le transportant dans un asile d'aliénés.

Au lit du malade surgit la question de savoir

si les symptômes psychiques constatés existent par eux-mêmes, c'est à dire s'ils sont l'expression d'une de ces maladies du cerveau que l'on a l'habitude de désigner cliniquement sous le nom de maladie mentale, ou bien s'ils ne sont qu'un symptôme d'une autre maladie générale (délire de la fièvre, délire d'inanition, ou d'une intoxication ou d'une autre maladie nerveuse du cerveau) S'il est vrai que dans beaucoup de cas le diagnostic de la Folie soit facile et certain même pour les gens étrangers à la médecine, il en est d'autres au contraire où toute la science et les connaissances du médecin spécialiste sont indispensables et où même la question ne peut être décidée immédiatement. Ceci tient à ce qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la folie, qu'ils peuvent avoir plusieurs significations et n'acquérir de valeur que par leur réunion et leur interprétation rationnelle.

S'il est déjà difficile dans le domaine des maladies corporelles de décider le moment

où l'on passe à l'état de maladie, combien cela est plus difficile encore dans le domaine psychique où l'on ne peut concevoir un état de santé absolument normal que comme un idéal, où aucun individu ne peut être considéré comme absolument semblable à un autre et où les affections, les passions, les déviations de la sensibilité et de la volonté de la majorité des autres hommes, et même les erreurs de l'esprit et même les illusions des sens sont encore comprises dans la sphère de la vie physiologique et, quoique constituant des éléments de troubles psychiques non douteux sont cependant encore compatibles avec la lucidité intellectuelle et la libre disposition de soi-même.

Les difficultés qui résultent de la nature même du sujet sont encore augmentées par le fait que le développement de l'état de folie qu'il faut examiner en général toute la vie antérieure de l'individu restée souvent tout à fait inconnue ou bien que la maladie s'est développée insensiblement sur des anomalies de carac-

tiré habituelles, sur des passions ou à la suite d'une vie criminelle ou immorale, qu'il y a souvent soupçon de dissimulation ou de simulation de la part de l'inculpé, enfin parce que le temps de l'observation est souvent trop court et qu'alors les signes d'une maladie qui n'est intense que d'une manière périodique ou qui n'est encore qu'incomplètement développée, échappent à l'observation.

Comme règles générales du diagnostic de la Folie, sur le terrain psychique, on peut poser les principes suivants :

1° Les maladies mentales sont des maladies du cerveau avec des symptômes psychiques prédominants mais non exclusifs.

2° Si ces symptômes sont prédominants pour le jugement de l'état de maladie, le diagnostic ne doit cependant pas reposer exclusivement sur eux. Il faut rechercher également les autres signes d'une maladie nerveuse cérébrale persistante et le diagnostic psychologique doit être complété par un diagnostic névropathologique. On doit conseiller de mettre en

porairement de côté les symptômes psychiques douteux et de poser la question de l'existence d'une maladie nerveuse cérébrale originaire ou acquise.
Si l'on découvre alors des signes de dégénérescences anatomiques ou fonctionnels avec troubles des fonctions vasomotrices, motrices et sensitives que l'on peut rattacher à une cause centrale à côté de symptômes psychiques d'une valeur douteuse tels qu'excitation sentimentale, affections pathologiques, actes pervers, penchants immoraux, etc etc, leur véritable importance sera alors éclairée sous son vrai jour et l'on pourra arriver à acquérir la certitude qu'ils reposent sur une base morbide.

2.° Les maladies mentales ne sont pas seulement des maladies du cerveau, mais en même temps des maladies de la personnalité tout entière. Il faut étudier cette personnalité et même son origine héréditaire, c'est-à-dire que le diagnostic psychologique doit être complété par un diagnostic anthropologique.

– La vraie difficulté pour le diagnostic général

et spécial de la folie réside dans la connaissance exacte des antécédents. L'individualité totale la connaissance de son développement, le mode de réaction et de sensibilité habituelles et antérieures sont le principal objet de la recherche et surtout la constitution psychique héréditaire ou acquise, les dispositions héréditaires, l'éducation et les divers événements de l'existence sont les facteurs desquels provient l'individualité propre du sujet; c'est à eux que revient la principale importance pour décider si des anomalies psychiques sont réellement morbides ou encore compatibles avec l'état physiologique.

3.° Les maladies mentales envisagées d'une manière générale sont des maladies. Elles s'accompagnent de troubles de la vie végétative. Les recherches les plus minutieuses de la vie physique doivent donc marcher de front avec celles de l'observation psychique - Ce n'est que par cette étude que

par cette étude que nous pourrons arriver à décider si la maladie mentale est idiopathique ou liée à un trouble symptomatique des fonctions psychiques.

Les symptômes physiques les plus importants sous ce rapport sont les troubles du sommeil, de la nutrition (poids du corps) de la digestion des fonctions intestinales, de secretions. Elles n'ont une véritable importance que dans les premières périodes de la maladie; ensuite elles peuvent disparaître sans que leur suppression soit une preuve de la non existence de la maladie.

4° La Folie comme maladie a des causes. La maladie mentale en elle-même est une manifestation peu habituelle. Elle doit être motivée d'une façon suffisante, soit par une prédisposition très puissante, soit par une intensité particulière ou une accumulation de causes occasionnelles. L'observation psychologique doit donc être complétée par une étude étiologique et pathogénique. Plus les symptômes de perturbation psychiques se relient de

bonne heure et pathogéniquement à une cause dé-
terminée, et plus leur importance augmente.
L'importance de l'explication étiologique n'est
diminuée que dans les cas où aucune cause dé-
terminante ne paraît évidente et lorsqu', une cause
déprimante qui a précédé laisse indécise la ques-
tion de savoir si la modification psychique qui
a suivi n'est pas une simple réaction physio-
logique ou une manifestation vraiment patho-
logique
Là où aucune cause occasionnelle n'est palpable
il y a toujours une disposition innée ou acquise
ou même une maladie congénitale
C'est là que la connaissance des antécédents
et les recherches anthropologiques, étiologiques
et cliniques, fournissent une véritable lumière
pour éclairer la question en démontrant que
le tableau pathologique douteux que l'on a
sous les yeux n'est que le plus haut degré
de développement d'une personnalité défectueuse
et disposée à la maladie depuis sa naissance
Ce qu'il y a de plus difficile, c'est le second

cas, c'est à dire celui dans lequel la perversion psychique que l'on constate peut être considérée comme une réaction naturelle contre une cause déprimante quelconque. La tristesse émotive appartenant au domaine physiologique et à la disposition morbide à la tristesse commençante peuvent présenter un aspect absolument identique.

Ce qui est décisif dans ces cas c'est, par dessus tout, la marche de la maladie, la connaissance exacte du mode habituel de réaction de l'individu et l'observation minutieuse des divers symptômes de détail.

Si la cause est peu importante, si son action sur l'individu est plus intense et plus prolongée qu'elle ne l'est habituellement et si elle ne diminue pas progressivement d'intensité à mesure que l'on s'éloigne de l'action de la cause et si, au contraire, elle persiste au même degré, malgré la disparition de la cause, alors la présomption d'un état pathologique de la sensibilité morale augmente de plus en plus. La sensibilité douloureuse de l'homme nor-

mal n'est pas absolument générale et reste encore accessible jusqu'à un certain point à des impressions agréables tandis que la disposition triste, maladive, transforme les sentiments agréables en sentiments pénibles et ne fait par là qu'augmenter d'intensité. Cette disposition s'élève alors spontanément jusqu'à un degré supérieur, arrive à des sensations de frayeur, d'angoisse et de souci par suite de modifications organiques et psychiques intérieures tandis que chez l'homme sain d'esprit elles ne se produisent pas ou sont motivées par des causes purement extérieures. Celui qui est atteint de dispositions morbides de la sensibilité morale a souvent le sentiment intime et la conscience de l'envahissement d'un état maladif et éprouve en même temps des troubles dans ses fonctions sensorielles (mal de tête, vertige, insomnie, sentiment d'obstacle au mouvement de la pensée, inc... des idées, pression à la tête et à l'épigastre

hyperesthésies et névralgies variées, etc etc.) les phénomènes de la nutrition souffrent également chez lui beaucoup plus qu'à l'état normal et le poids du corps diminue plus vite que chez les gens simplement tristes à l'état physiologique.

5°: Le plus important après les symptômes d'une maladie c'est sa marche.

La Folie a des types de développement et une marche déterminée en rapport avec chaque forme morbide. Lorsqu'un cas particulier correspond aux lois de développement d'une maladie mentale déterminée, l'état maladif devient alors incontestable, surtout lorsque des accès semblables du même mal reviennent périodiquement et correspondent avec des états physiques concommittants, par Ex, avec la suppression des règles.

Mais aussi l'ensemble du processus pathologique en tant qu'il se manifeste dans le détail des symptômes, acquiert une plus grande valeur pratique, alors même que notre connaissance de la régularité

et de la succession naturelle des symptômes présente de nombreuses lacunes. Plus ~~tard~~ il nous est possible de démontrer la liaison et la conformité de succession des symptômes avec des lois connues antérieurement et plus il devient certain que le fait soumis à l'examen est de nature pathologique.

6.° Dans la folie comme dans toute autre maladie, il s'agit de vivre dans des conditions anormales. Les fonctions ne sont pas totalement changées, les conditions seules de leur exercice sont anormales. De là résulte nécessairement que ce qui est décisif ce n'est pas l'altération de la fonction en elle-même mais ses rapports avec des conditions anormales. Ce qui différencie surtout l'aliéné de l'homme sain d'esprit c'est que, chez ce dernier, les phénomènes psychiques en général sont en rapport avec les impressions et les faits réels du monde extérieur, tandis que chez l'aliéné ils résultent de dispositions intérieures, organiques et maladives. Ils

sont l'expression de changements subjectifs survenus dans la conscience même du malade, faits fictifs ou insuffisamment motivés dans le monde extérieur. Ce qui est décisif, ce n'est donc pas le contenu mais le mode de production et les motifs des phénomènes psychiques. Il n'y a pas chez l'aliéné de trouble de fonction qui ne puisse survenir accidentellement dans le domaine étendu de la santé psychique.

7° Une maladie est toujours un ensemble complexe qui n'est jamais constitué par un seul symptôme. Ceci est vrai également pour la folie. La conception du tableau morbide ne peut donc être que synthétique. Ce n'est que la connexion et la liaison des symptômes entre eux d'après les lois connues, la combinaison exacte et l'interprétation des manifestations disparates, l'étude approfondie de leur mode de succession et de leurs rapports réciproques qui peut donner à un symptôme isolé son importance et sa valeur réelle.

L'analyse isolée de chacun des symptômes ne peut jamais conduire au but, d'autant plus que les symptômes isolés, fut-ce même

une idée délirante, ont plusieurs significations. Or, c'est encore moins possibles pour des anomalies d'humeur, des affections, des penchants pervers, des actions criminelles, des tendances anormales, qui n'acquièrent de valeur que par leurs rapports avec les autres symptômes et avec la personnalité antérieure et actuelle du malade.

8° La Folie étant une maladie de la personnalité nécessite l'examen direct de l'individu et des phénomènes qu'il présente. Deux personnes disant la même chose ne sont pas pour cela identiques. La connaissance de l'individualité est indispensable. Dans la bouche d'un homme placé au sommet de l'échelle de la science, la croyance aux sorciers chez un astronome celle à l'immobilité de la terre, serait très étrange, tandis qu'elle serait admissible chez un paysan.

9° La Folie comme manifestation extérieure et maladive de la vie rend indispensable l'examen personnel du malade. Lorsque cet examen vient à manquer comme dans les rap

ports de faculté en l'absence du malade, dans l'examen de l'état mental d'un testateur à l'époque de la contestation du testament, il échappe à l'observation et, partant, au diagnostic, plusieurs signes importants, tels que l'expression de la physionomie, l'attitude extérieure du corps, etc, etc. Lorsque l'on peut examiner directement le malade il est très important de chercher à le surprendre et à l'observer dans les circonstances habituelles de sa vie. La manière dont il habite, dont il s'habille, dont il s'occupe, peut fournir des indications précieuses au spécialiste, non seulement pour constater l'aliénation mentale mais pour en connaître les manifestations particulières. Le point difficile pour le diagnostic réside dans la conversation avec le malade. On doit savoir, non seulement ce qu'on va demander mais comment on va guider la conversation. L'objet de l'examen est une conscience humaine mobile, très fortement influencée par le mode et la forme de l'investigation et de l'interrogatoire. Il faut s'introduire chez lui d'une manière toute

naturelle, commencer la conversation par des choses indifférentes et l'entraîner à causer sans lui indiquer le but précis de l'entretien. Jamais celui-ci ne doit avoir le caractère d'un interrogatoire judiciaire. Le mieux est d'abord de parler de la santé physique et des faits antérieurs de son existence, de lui montrer de la sympathie et d'acquérir peu à peu de la confiance. On obtient ainsi la connaissance des divers événements de sa vie, de ses opinions, de ses désirs, de ses dispositions d'esprit, de son intelligence et de ses aspirations. On dirige la conversation sur la famille, la situation sociale, les questions politiques et religieuses et l'on cherche avec attention à constater s'il surgit des modifications dans les idées, dans une direction quelconque qui pourrait mettre sur la voie d'une conception délirante quelconque. Or, il est de règle que ~~toutes les fois que~~ l'aliéné, toutes les fois que l'on touche à son délire, s'ouvre de suite carrière et se livre plus ou moins complètement. Pendant cette conversation, on a le temps d'exa

miner l'expression de physionomie, les gestes, la tenue ainsi que l'habitation et l'entourage du malade.

A cette exploration psychique, il faut joindre l'examen attentif de l'état physique de tous les organes et de toutes les fonctions.

Un auxiliaire puissant pour l'examen d'un aliéné, c'est l'étude de ses écrits. Le mot „le style, c'est l'homme„ ~~ici~~ a ici toute sa valeur. On peut soutenir en général que chaque forme de maladie mentale a son écriture particulière, et que le malade se trahit plus dans ses écrits que dans ses paroles. Ceci s'applique surtout à ces aliénés qui, en vertu de conceptions délirantes ou d'hallucinations impératives, opposent à tout interrogatoire un silence obstiné. On s'étonne souvent d'avoir des malades qui, dans la conversation, parlent très raisonnablement et qui, dans leurs écrits, manifestent au contraire, un grand désordre d'esprit. Mais, d'un autre côté, des écrits très raisonnables n'excluent nullement la folie, pas plus qu'un langage rai-

sonnable. Les écrits des aliénés peuvent conduire à la découverte de conceptions délirantes restées cachées au point de vue du style, à l'appréciation de leur intelligence, au point de vue de la configuration extérieure, à l'appréciation de leur conscience intime, et au point de vue de la forme graphique, à la constatation de troubles peu prononcés de la coordination des mouvements. Les déments écrivent moins que les autres aliénés. La construction enfantine des phrases, l'absence de clarté de la diction indiquent de la faiblesse d'esprit. Comme les esprits demandent en général une plus grande clarté des idées que la parole, l'écriture est un réactif plus délicat des états de faiblesse psychique (Günz). Le mélancolique également écrit peu. Son humeur triste et la lenteur de ses conceptions l'en empêchent. La monotonie de la pensée se reflète dans la répétition constante des mêmes plaintes, des mêmes craintes et accusations. Si l'écrit n'est pas

d'un seul jet, on y voit que le malade ne peut vaincre que par secousses les empêchements de sa pensée et n'a pu arriver à manifester ses idées que par phrases isolées et fragmentées. Souvent les lettres sont tracées d'une main tremblante. Le maniaque écrit beaucoup, d'une main ferme, en gros traits et avec une écriture jetée rapidement sur le papier. Elle est un tableau fidèle de sa pensée accélérée que la main peut à peine suivre de sorte que des mots sont sautés et des phrases laissées incomplètes. Si le mouvement rapide des idées augmente encore l'écrit devient un chaos inextricable de mots et de fragments de phrases. Dans son désir d'écrire, le malade le fait en travers et en biais. Les malades qui écrivent le plus sont les délirants chroniques, les querulants et les érotomanes. Au point de vue graphique, il existe de nombreuses modifications de l'écriture, des ornementations bizarres, des arabesques, des soulignements de mots et de syllabes. La dictée elle-même peut être

convenable ou bien, au contraire, emphatique, bizar[re]
selon la nature des conceptions délirantes ou
de la conscience interne. On peut observer sous
ce rapport la plus grande bizarrerie. Marcé
parle d'un aliéné chronique qui, attachant
une importance extrême au nombre 3 répé-
tait par écrit chaque lettre 3 fois de suite.
Au point de vue de leur contenu, les écrits des
délirants partiels chroniques peuvent être d'une
grande importance parce qu'ils dévoilent des
conceptions délirantes qui restent soigneuse-
ment cachées dans la conversation. Chez
beaucoup de malades, l'écriture devient tout
à fait incompréhensible par l'emploi de
mots usuels détournés de leur sens nati-
tuel par des déplacements de syllabes ou
par l'annexion de syllabes supplémentaires
sans aucun sens, ou par la substitution
aux signes ordinaires de l'écriture de
caractères hiéroglyphiques ou symboliques.
Les malades en arrivent jusqu'à la
création de mots nouveaux ou même

jusqu'à l'invention d'un idiome spécial.

Il existe quelques signes particuliers dans l'écriture des malades appartenant à la Paralysie générale. Le trouble de la coordination des mouvements se répercute dans l'expression graphique indistincte semblable à celle des écoliers, en zigzags, tremblée écriture en pattes de mouche ou en traits linéaires qui ne se tiennent plus entre eux.

Souvent il existe de la paragraphie ou de l'agraphie, de sorte qu'il se produit des mots faux, incomplets, ou les mots manquent complètement. L'amnésie peut être portée au point que le malade répète des mots ou des lignes entières qu'il vient déjà d'écrire à l'instant même. Il en résulte que, dans le cours de l'écriture, le malade oublie de suite le but qu'il se proposait en commençant, et s'adresse successivement à plusieurs personnes. Les mêmes motifs les conduisent à intercaler dans leurs écrits des phrases entières d'un autre écrit ou d'un livre placé à côté de lui, à écrire en même temps dans plusieurs langues, à laisser la lettre inachevée et à oublier l'a-

dresse ou la signature. L'aspect extérieur de l'écrit témoigne également de l'état maladif ; le papier est grossier, couvert dessus et dessous de tache d'encre et indique souvent de la manière la plus évidente le grand trouble d'esprit dans lequel se trouvent ces malades. Parmi les symptômes qui doivent encore servir au diagnostic général de la folie, il faut citer les suivants : la transformation de la personnalité ou du caractère en une personnalité nouvelle et l'existence de conceptions délirantes et d'hallucinations. Ces deux derniers sont la seule base du diagnostic pour le public.

Changement de caractère :

Le processus pathologique qui sert de base à l'aliénation mentale consiste dans la modification du caractère primitif de l'individu, c'est à dire de ses habitudes, de ses penchants, de ses aspirations et de ses manières de voir antérieures. La personnalité devient tout autre

Ce symptôme est d'autant plus précieux que c'est ordinairement le signe primitif précédant l'apparition du délire des idées et du délire d'action. Cette modification du caractère qui peut s'étendre jusqu'à une métamorphose complète des conceptions et des aspirations anciennes devient d'autant plus importante qu'elle coïncide avec un moment où l'individu qui l'éprouve se trouve soumis à l'action des causes les plus importantes de maladie mentale.

2.° Conceptions délirantes :

Un signe important mais cependant pas indispensable de maladie mentale, consiste dans l'existence d'idées délirantes. Ce serait cependant une grande erreur de ne vouloir admettre la folie que là où l'on peut démontrer leur existence. Le malade peut, en effet, se trouver dans une période de début où il n'existe qu'un trouble des dispositions affectives et il peut appartenir à une forme de maladie mentale qui ne présente jamais de conceptions

délirantes. De plus, le malade peut cacher ses idées délirantes et, quoique généralement présentées, elles peuvent par moment disparaître dans l'esprit du malade. Enfin, alors même qu'on en constate l'existence, il faut souvent un examen très attentif pour démontrer leur caractère délirant. L'homme sain d'esprit peut également concevoir des idées absolument absurdes et surpasser même l'aliéné sous ce rapport tandis qu'au contraire, le délire d'un aliéné peut très bien ne pas être invraisemblable ou impossible, comme, par Ex, le délire d'infidélité conjugale, ou d'empoisonnement. Ce qui est décisif dans ce cas, ce n'est pas le contenu même de l'idée, mais son mode de production et ses rapports avec l'état général actuel et antérieur de l'individu que l'on observe. Elle est sans valeur pour le diagnostic tant que l'on n'a pas recherché son mode de production et tant qu'on ne l'a pas soumise à une interprétation rationnelle

Pour apprécier la valeur d'une idée délirante, il faut s'appuyer surtout sur les faits suivants:
a) Les erreurs de l'homme sain d'esprit reposent sur une faute de conclusion logique ou bien sur l'ignorance, l'inattention, ou l'existence d'une passion ou d'une superstition qui faussent les prémisses d'un raisonnement. Le délire d'un aliéné, au contraire, est le résultat d'une maladie du cerveau. Il est le résultat d'une hallucination ou d'une tentative d'explication d'une disposition maladive ou d'un délire primordial. On peut alors l'y rattacher et il se trouve ainsi en rapport avec d'autres troubles psychiques élémentaires tels que dispositions morbides de la sensibilité morale, sensations anormales, etc etc, à une pathogénie, un développement régulier et conforme aux lois ordinaires de la pathologie, et n'a par conséquent rien d'accidentel.
b) Il est en contradiction complète avec les opinions anciennes de l'individu, sa manière antérieure de penser, et avec son expérience personnelle (un physicien qui croit pouvoir voler, un chimiste qui croit avoir trouvé le

moyen de faire de l'or, etc,

C) Le délire de l'aliéné a toujours un rapport avec le sujet sentant. Un homme sain d'esprit peut par bêtise, par crainte, ou autrement croire à l'existence des sorciers, il n'est pas pour cela aliéné. Un aliéné croit aussi, selon les circonstance, à l'existence des sorciers, mais c'est parce qu'il les sent, les voit, les entend.

D) Par cela même que le délire de l'aliéné est la manifestation d'un état pathologique, la logique et le raisonnement ne peuvent rien contre lui. Il persiste et disparaît avec la maladie qui lui donne naissance. On ne peut pas plus chasser son délire par la discussion que guérir sa maladie par des discours. L'homme sain d'esprit pourra reconnaître et son erreur quand il comprendra qu'elle est absurde.

3.° Hallucinations. Les hallucinations elles mêmes qui peuvent survenir dans d'autres affections cérébrales ou nerveuses, dans

des fièvres ou des intoxications, ne sont pas par elles-mêmes un signe incontestable de maladie mentale. Elles ne démontrent qu'un état maladif quelconque du cerveau. Leur importance comme symptôme de maladie mentale ne dérive que de la constation de la maladie mentale elle-même.

Les hallucinations n'apparaissent donc sous leur véritable jour que lorsqu'elles sont liées à d'autres troubles psychiques élémentaires, tels que les modifications de l'humeur et du caractère, les accès d'angoisse ou d'anxiété etc etc, quand elles ne peuvent plus être corrigées par la conscience troublée et quand elles acquièrent une influence incontestable sur les actes. Cependant, il y aura toujours présomption de folie toutes les fois que l'on constatera des hallucinations, surtout quand elles existeront dans plusieurs sens à la fois.

Les indications qui précèdent peuvent suffire

pour arriver au diagnostic général de la Folie.
Mais comme les symptômes psychiques de la Folie peuvent être simulés, le juge demande encore au médecin de prouver qu'ils sont bien dûs à une maladie réelle et non simulés par les individus accusés d'un crime ou d'un délit.

Indications générales sur le diagnostic de la Folie.

Le diagnostic de la Folie chez les persécuteurs raisonnants est le point le plus important et le plus difficile de la question qui nous occupe. De toute la pathologie mentale, ce sont les cas où les limites entre la raison et la Folie sont les plus difficiles à poser.

Il est en effet, certains caractères violents rancuniers, vindicatifs et progressifs, qui à la suite d'un dommage quelconque, d'une injure ou d'un méfait, se trouvant lésés par l'individu avec lequel ils sont en rapport, sont disposés naturellement à se faire rendre justice par tous les procédés imaginables, à réclamer réparation d'honneur ou d'argent avec une persistance que rien ne lasse et qui consacrent ainsi tout leur temps à poursuivre l'individu de leurs réclamations et de leurs plaintes et qui peuvent arriver envers lui jusqu'à des actes violents et même jusqu'au meurtre. Les duellistes, les gens

processifs, les redresseurs de torts, les gens querelleurs et aimant la lutte, la controverse, sont assez fréquents dans l'humanité en général et cependant ne sont pas des aliénés.
Les romans, les pièces de théâtre, les annales des tribunaux nous offrent tous les jours des exemples multiples, de ces deniers caractères même poussés à l'extrême et qui cependant ne sont pas considérés comme aliénés.
Que faut-il donc pour que des individus de ce genre appartiennent à la catégorie des malades et souvent envisagés comme ayant franchi les frontières qui séparent la raison de la Folie? C'est là certainement le point le plus difficile à élucider dans la question qui nous occupe et celle qui peut être souvent l'objet d'un litige et d'une contestation prolongée entre les médecins, d'une part les magistrats, les avocats et les journalistes de l'autre.
Tous les auteurs qui ont étudié cette question en France et à l'étranger, depuis

l'antiquité jusqu'à nos jours et surtout depuis Pinel et le commencement de ce siècle, ont cherché dans la psychologie seule, c'est à dire dans l'étude des diverses facultés psychiques, la solution de ce problème si difficile et c'est sur cette base unique en quelque sorte qu'ils ont basé le diagnostic de la manie sans délire, de la folie raisonnante, folie morale, folie des actes. Ils ont posé en principe que, chez ces malades les facultés intellectuelles pouvaient être considérés comme intactes, non atteintes par la maladie tandis que les qualités affectives, instinctives et morales étaient seules altérées et que l'altération morbide de ces facultés morales entraînaient à leur suite des actes étranges, bizarres, désordonnés, excentriques et violents, qui devaient surtout servir de moyen de diagnostic pour établir le diagnostic de la folie. C'est par ce procédé tout psychologique que l'on est arrivé à la création des monomanies auxquelles

on a donné les noms les plus variés, d'après la nature du sentiment ou du penchant qu'on suppose soit altéré. C'est ainsi qu'on a créé les monomanies homicide, la kleptomanie ou celle du vol, la Pyromanie ou monomanie incendiaire, la monomanie érotique, ambitieuse, religieuse ou de persécution

Tous les auteurs qui sont restés dans cette voie purement psychologique et qui ont admis la théorie de la monomanie ont fait les plus louables efforts pour arriver à découvrir des signes distinctifs pratiques entre la raison et la Folie, mais ils n'ont pu aucun criterium absolu et vraiment scientifique. Dans la plupart des cas, la solution de la question n'aboutit qu'à une différence de degré et non à une limite précise, nettement déterminée. Aussi ont ils conclu presque tous dans ces cas difficiles à l'existence d'états intermédiaires entre la raison et la folie, auxquels ils ont don

entre la raison et la folie, auxquels ils ont donné les noms variés d'Etat mixte (Moreau de Tours) de Zone intermédiaire ou Limitrophe (Maudsley) de Frontière de la Folie (Ball)

Les criteriums les plus importants qui ont été admis par les différents auteurs, dans tous les pays sont les suivants:

1° L'absence de conscience de son état, mais d'une part l'aliéné ressemble sous ce rapport à l'homme sain d'esprit qui, selon le mot classique emprunté à l'antiquité, ne se connait jamais lui-même, et, par conséquent, ce caractère n'a rien de distinctif entre l'homme normal et l'homme malade; et, d'autre part, la science moderne a parfaitement établi, contrairement à l'opinion des aliénistes de l'ancienne école, qu'il existe toute une catégorie d'aliénés ayant conscience de leur état et qui néanmoins, sont dans un état pathologique incontestable.

2° La différence de l'individu avec lui même avant et après la maladie. Il est certain que dans la plupart des cas

d'aliénation mentale il s'opère au moment de l'invasion de la maladie une véritable transformation du caractère qui rend le malade tout à fait différent de lui-même et en fait en quelque sorte un être nouveau, mais, dans beaucoup de cas et surtout dans ceux dont nous nous occupons aujourd'hui, l'état maladif ne se distingue précisément le plus souvent de l'état mental antérieur que par une simple différence de degré et par une véritable exagération maladive de tous les traits du caractère antérieur. Ces individus étaient des excentriques, des égoïstes, des orgueilleux, avant de devenir des aliénés raisonnants et ces traits de leur caractère primitif n'ont fait que se développer à un plus haut degré par l'effet de la maladie. Ce caractère distinctif utile dans beaucoup de cas est donc insuffisant dans d'autres et surtout dans ceux dont nous parlons

3° La perte du libre arbitre (c'est à dire du pouvoir de se diriger soi-même, à vol

par suite de la production involontaire et automatique d'idées, de sentiments, d'instincts ou d'impulsions engendrées par la maladie qui s'imposent à l'individu malgré lui et entraînent sa volonté dans une direction presque fatale. Les forces d'impulsion morbide l'emportant démesurément sur les forces de résistance qui pourraient servir de contrepoids! C'est là ce qu'on a appelé une rupture d'équilibre dans la statique intellectuelle et morale, ce qui constitue l'entraînement involontaire, l'automatisme cérébral, l'impulsion morbide et l'irrésistibilité des penchants et des actes ce qui a pour conséquence naturelle l'irresponsabilité morale et légale. Mais ce caractère essentiel de l'état de folie ne peut constituer par lui-même un moyen de diagnostic puisqu'il s'agit précisément pour le médecin d'établir son existence et que c'est par conséquent répondre à la question par la question et par un véritable cercle vicieux. Il s'agit précisément d'établir

qu'un individu est aliéné, c'est à dire a perdu sa responsabilité et sa liberté morale et pour cela vous dites au médecin de prouver d'abord qu'il a perdu la force de résister à ses impulsions afin d'en déduire la conséquence qu'il est atteint d'aliénation mentale. C'est là une véritable pétition de principe et un procédé tout à fait contraire à toutes les lois de la logique. Où pourrait-on trouver l'instrument de précision vraiment scientifique qui permettrait au médecin de mesurer avec exactitude, comme le savant le fait pour la température, le degré d'impulsion et de résistance de chacune des facultés psychiques pour pouvoir conclure à la résistante finale de toutes ces formes combinées et contradictoires et arriver à démontrer ainsi que la force d'impulsion l'ont emporté fatalement sur la force de résistance, au point d'entraîner l'irrésistibilité des actes et la non ~~résistance~~ responsabilité de l'individu ! Le phrénomètre malheureusement

n'existe pas et au lieu de continuer, à porter son attention sur ce changement d'équilibre entre les diverses forces psychiques, il faut chercher dans d'autres directions, des criteriums plus vrais et plus pratiques, pour arriver à distinguer la raison de la Folie, la santé de la maladie.

Tous les auteurs qui ont suivi cette voie psychologique ont été obligés en définitive de renoncer à ces criteriums théoriques qui ne pouvaient remplir le but désiré et de se borner comme les psychologues, les magistrats et les avocats, à se livrer à des discussions à perte de vue à propos de chaque cas particulier, sur de simples différences de degré sur la nature spéciale des actes, sur leurs mobiles sur les diverses circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est ainsi que pour les idées, par Esc, après avoir d'abord cherché à s'appuyer sur les caractères plus ou moins absurdes des idées émises par les aliénés

on est arrivé peu à peu à se convaincre que beaucoup d'idées exprimées par les aliénés ne sont pas plus absurdes que celles qui ont été soutenues à diverses époques par des gens sains d'esprit, ce qui a fait dire à Leuret, par ex. qu'il n'existait pas une seule idée folle qui n'ait été acceptée par des hommes supérieurs et même par une génération tout entière. La nature de l'idée ne peut donc servir de criterium absolu pour distinguer la raison de la folie. On en est ~~donc~~ ainsi arrivé à ne plus envisager l'idée en elle même mais dans ses rapports avec l'ensemble des autres idées de l'individu et surtout au point de vue de son influence sur les actes et sur la conduite. On a donc admis que l'existence de certaines idées fausses dans une intelligence restée saine d'ailleurs dans son ensemble pouvait être considérée tout au plus comme une simple bizarrerie

ou anomalie intellectuelle, mais non comme un signe de maladie mentale et qui, pour constituer une véritable folie, au lieu de rester isolée dans un coin de l'intelligence devait entraîner des changements considérables dans toute la nature intellectuelle de l'individu et surtout dans ses actes, dans la direction générale de son existence. Partant de ce principe, le diagnostic de la folie basé sur la nature des idées délirantes cessait d'être absolu pour reposer sur une simple différence de degré dans la réaction de ces idées fausses sur l'ensemble des autres idées et sur la conduite de la vie.

Les mêmes procédés de diagnostic ont été appliqués par les psychologues partisans de la théorie de la Monomanie à l'étude des sentiments et des penchants. L'appréciation de leur degré d'intensité était le 1er élément pour juger de leur caractère maladif, mais ne pouvait suffire

il fallait ~~tortir~~ surtout se baser sur le degré d'influence qu'ils exerçaient sur les actes et sur les mobiles de ces actes. On admettait d'abord qu'un penchant ou un sentiment naturel était exalté par la maladie, sentiment religieux érotique, penchant à la violence, au meurtre au vol etc.) Mais, comme on ne pouvait mesurer l'intensité variable de ce penchant, on tenait compte surtout de son influence sur les autres facultés et sur les actes. On se demandait alors à quels actes entraînait ce penchant surexcité et jusqu'à quel point toute la conduite de l'individu était influencée; on recherchait ensuite quels étaient les mobiles déterminants de ces différents actes et si ces mobiles étaient, oui ou non, conformes à ceux qui dirigent l'homme à l'état normal? Ces actes étaient-ils longuement combinés et prémédités, ou bien instantanés et impulsifs. Ces actes étaient-ils [illegible]motivés, automatiques, impulsifs ou bien

au contraire ou contraire motivés par une idée et dirigés vers un but déterminé ? Le malade avait-il un intérêt quelconque à accomplir cet acte, pour en tirer un profit, ou pour satisfaire un sentiment de jalousie, de haine ou de vengeance, ou bien au contraire agissait il sans intérêt ou même contrairement à son intérêt bien entendu ? Enfin on étudiait avec soin toutes les circonstances qui avaient accompagné l'acte soumis à l'examen de l'expert et l'on recherchait jusqu'à quel point ces actes étaient conformes, ou absolument contraires à ceux de l'homme à l'état normal. Tous les traités de médecine légale relative à l'aliénation mentale, reposent sur ces différences de degré, sur ces diverses appréciations de facultés lésées et sur l'influence qu'elles exercent sur les actes. Mais ce sont là de simples discussions de philosophes et d'avocats dans lesquelles la science médicale et la clinique spéciale n'intervient

presque à aucun degré.
Une nouvelle direction a été imprimée aujourd'hui à la pathologie mentale et à la médecine légale des aliénés. Au lieu de disserter sans fin sur les facultés lésées sur leur degré de perversion et sur le degré d'influence que ces perversions exercent sur les actes il faut faire de la médecine clinique, baser la médecine légale sur la connaissance des faits analogues observés antérieurement dans des conditions où les individus n'avaient aucun intérêt à simuler ou a dissimuler la folie et comparer le fait particulier soumis à l'examen, à tous les faits analogues observés antérieurement, à un point de vue médical et clinique, et éclairer ainsi le cas particulier à la lumière de tous les faits du même genre
Pour établir le diagnostic de la Folie d'une manière vraiment scientifique et

médicale il faut appliquer à la pathologie
mentale les règles et les méthodes de la pa-
thologie ordinaire cesser d'être psychologues
pour rester médecins et étudier les faits de
l'aliénation mentale comme on étudie ceux
de la pathologie nerveuse ou cérébrale.
Le diagnostic doit donc porter sur les faits
généraux suivants.
1° Ne pas se borner, à l'étude de la lésion
d'une faculté isolée ou d'un acte incriminé
mais étudier l'individu malade dans l'en-
semble de ses facultés de ses idées et de ses
penchants et dans toute la conduite de sa vie
renoncer absolument à la théorie des monoma-
nies pour admettre celle des espèces mor-
bides et arriver ainsi à faire rentrer le cas
particulier dans une espèce ou une variété
morbide préalablement décrite cliniquement
2° Ajouter l'étude des symptômes physiques

à celle des phénomènes intellectuels et moraux et des actes accomplis par les malades.
3° Etudier l'évolution générale de la maladie et l'histoire complète physique et morale, d'un individu depuis sa naissance jusqu'au moment où on l'examine.
En résumé, le diagnostic d'un cas particulier d'aliénation mentale doit reposer sur 3 bases différentes 1° sur l'ensemble des phénomènes intellectuels et moraux rapproché d'une forme déterminée de maladie mentale connue cliniquement. 2° L'étude des symptômes physiques; 3° sur la marche générale de la maladie, ou en d'autres termes, sur l'histoire complète de la vie de l'individu soumis à l'examen.
Voilà les 3 fondements sérieux et scientifiques du diagnostic général de la Folie et par conséquent de la médecine légale des aliénés, qui comme l'a dit mon père

se résume toute entière dans une question de diagnostic et ces moyens de diagnostic sont bien autrement sérieux et pratiques que ceux empruntés à la psychologie pure

Les principes généraux une fois posés, on les applique ensuite à chacune des formes connues de maladie mentale, en variant l'examen d'après les symptômes connus et la marche particulière de chacune de ces formes spéciales.

2me Leçon.

1° Hérédité physiologique

2° Hérédité pathologique en générale.

3° Hérédité des maladies mentales et nerveuses

4° Influence de ces doctrines de Morel sur la pathologie mentale.

5° Formes de maladies mentales ayant l'empreinte de l'hérédité.

1° Paralysie générale

2° Alcoolisme

3° Hypochondrie

4° Epilepsie

5° Histérie

6° Délire de persécution (persécuteurs)

6° Description de la Folie héréditaire proprement dite. Signes physique et intellectuels

id de l'ordre moral

– Marche de la maladie depuis la naissance jusqu'à la mort. Pronostic.

7.° Caractères communs à toutes les Folies héréditaires ..

1.° Lucidité

2.° rémittences

3.° pas d'hallucinations

4.° prédominance de Folie des actes

5.° Accès congestifs et délirants dans le cours de l'existence.

8.° Ne pas exagérer les folies héréditaires, Critique de Magnan

1.° Limitation du côté physiologique

2.° Limitation parmi les formes de la Folie.

Admettre une grande famille d'aliénés héréditaires et la subdiviser en formes et variétés au lieu de tout

englober dans une seule classe.

Les leçons suivantes seront consacrées

1° Aux Folies intermittentes et périodiques

2° Aux états émotifs et avec conscience

3° A l'alcoolisme.

Analyse de la Leçon
de
l'année dernière sur les variétés de la Paralysie générale.

— Résumé rapide de la leçon précédente dont la conclusion est qu'il existe déjà quelques formes nouvelles de maladies mentales susceptibles d'être décrites. Ce sera là le but du cours de cette année. Enumération de ces formes.

— Je commencerai aujourd'hui par la Paralysie générale, la plus connue de toutes les formes nouvelles.

— Réparation d'une omission faite à la dernière séance dans l'énumération des cours faits à la Salpêtrière sur les maladies nerveuses. J'ai omis de mentionner l'enseignement si important du professeur Charcot qui, plus que tout autre, a contribué à attirer les élèves à la Salpêtrière. Si je l'ai omis, c'est que nous avons l'habitude, dans notre spécialité, de nous restreindre trop à l'étude des maladies mentales proprement dites au lieu d'é-

tendre le cercle de nos études à toutes les maladies cé-
rébrales ou nerveuses qui y touchent de si près et
qui sont, en réalité, inséparables.

La Paralysie générale n'est connue que depuis
le commencement de ce siècle, depuis 1822. Et
C'est à cette époque que les élèves de Royer-Collard
à Charenton, Bayle et Calmeil, ont les premiers,
étudié attentivement cette maladie, d'abord
au point de vue de l'anatomie pathologique,
ensuite au point de vue des symptomes psy-
chiques et physiques.

Les ouvrages de ces deux auteurs sont même
tellement remarquables qu'aujourd'hui en-
core on les relit avec avantage et l'on ne
peut que confirmer la vérité clinique de leurs
descriptions. Depuis 1822 et 1826, cette
maladie s'est détachée peu à peu comme ma-
ladie distincte de toutes les autres maladies
mentales et les élèves d'Esquirol, tout en
admettant d'une manière générale la doc-
trine de leur maître, s'en sont séparés au
point de vue de la Paralysie générale et
Esquirol lui-même qui, en 1816, plaçait

la Paralysie à côté du scorbut et de la phthisie, dans son article du dictionnaire en 60 volumes, l'a décrite d'une manière spéciale dans son livre tout en la considérant comme une simple complication ou terminaison possible de toutes les formes de la Folie.

Il faut admettre 4 périodes dans l'histoire de la Paralysie générale. La 1re phase ou d'origine est surtout représentée par Esquirol et ses élèves (à l'exception de Bayle qui s'était déjà prononcé pour une autre opinion) admettaient que la Paralysie générale n'était pas une maladie spéciale mais une simple terminaison de toutes les Folies anciennes. Cette opinion a régné dans la science pendant longtemps et elle s'explique par la manière dont la Paralysie générale a été étudiée tout d'abord, c'est à dire à reculons, en commençant par l'autopsie. On a constaté dans les ouvertures de corps des lésions des méninges et de la substance corticale du cerveau assez caractéristiques et l'on s'est aperçu que ces lésions que l'on

retrouve à un certain degré dans d'autres formes de la Folie existent cependant plus spécialement dans la forme paralytique, c'est à dire que les malades présentant ces lésions cérébrales après leur mort, ont présenté pendant leur vie, les symptômes d'une paralysie plus ou moins généralisée.

On a ainsi établi un rapport naturel et très réel entre les lésions trouvées à l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie. Mais à cette époque on observait que les dernières périodes de la Paralysie générale. C'était dans les asiles d'aliénés et chez les malades récemment entrés ou déjà anciennement placés dans l'asile que l'on commencait à constater des symptômes de Paralysie générale plus ou moins généralisée. Il a fallu une observation plus prolongée pour s'apercevoir que cette maladie remontait plus haut qu'on l'avait cru d'abord, dans la vie des individus. On s'apercut alors que la durée de 6 mois ou un an qu'on lui avait d'abord

assignée, était beaucoup trop courte. Plus l'observation a été attentive et plus la durée de la maladie s'est étendue. On a d'abord mieux observé les 1ères périodes dans les asiles d'aliénés et enfin l'on a mieux étudié les périodes prodromiques qui ont lieu avant l'entrée des aliénés dans les asiles. On est ainsi arrivé à augmenter considérablement la durée moyenne de la maladie et tandis que nos prédécesseurs admettaient d'abord qu'elle ne durait qu'un an au plus tard, on a reconnu qu'elle pouvait durer 3 ans en moyenne, on est arrivé aujourd'hui à savoir que beaucoup de paralytiques généraux peuvent vivre pendant 8 ou 10 ans et même davantage

Parchappe qui a fait un grand nombre d'autopsies de paralytiques et qui a publié un livre de Névroses en 1840, est arrivé après Bayle à formuler sur la paralysie générale une opinion différente de celle d'Esquirol. Il a établi cliniquement et anatomiquement que la Paralysie générale était une maladie spéciale ayant des caractères anatomiques

des symptômes physiques, des symptômes de délire et une marche particulière, et sur cet ensemble de faits il a basé ce qu'il a appelé la Folie Paralytique, c'est à dire une maladie distincte de la Manie, de la Monomanie, de la Mélancolie et de la démence. C'était l'opinion déjà soutenue en 1822 et 1825 par Bayle, que cette maladie spéciale était une méningite chronique caractérisée par un ensemble de faits cliniques et anatomiques. C'est Bayle qui a établi le Vr le lien entre les lésions et les symptômes et admis l'unité de la maladie qu'il a cherché à démontrer en le poursuivant jusque dans les détails et en cherchant à mettre en rapport chacun des symptômes avec une lésion anatomique déterminée. Il a surtout insisté sur le délire des grandeurs dont il a cherché a faire le caractère pathognomonique de la maladie, idée qui n'est pas aujourd'hui aussi absolue mais qui est encore considérée comme un des caractères principaux de la maladie au point de vue des symptômes intellectuels. On en était là en 1845

et 1846 lorsque deux autres opinions sur la Paralysie générale vinrent s'ajouter aux deux précédentes. On commença alors à observer dans les hopitaux ordinaires de Paris, en dehors des asiles d'aliénés quelques cas de Paralysie générale sans délire. C'est Requin qui, dans son livre, en 1846, a le 1er donné le nom de Paralysie générale progressive à ces faits observés dans les hopitaux. Il a constaté que certains malades présentaient des symptômes de paralysie incomplète et progressive analogues à ceux que l'on n'avait observés jusque là que dans les asiles d'aliénés et, à partir de ce moment, de nouveaux observateurs se sont prononcés dans le même sens. Sandras, Brière de Boismont, Duchêne de Boulogne, ont observé et décrit la Paralysie générale en dehors des asiles d'aliénés et sont arrivés à conclure qu'il existait 2 espèces distinctes de Paralysies générales, avec ou sans délire aliénation dans les hopitaux ordinaires et dans les asiles d'aliénés.

A peu près à la même époque, M M Baillarger et Lunier ont émis une opinion intermé-

diaire. M. Baillarger dans ses cours de la Salpê-
trière en 1846 et M Lunier dans une brochure
spéciale en 1849; ont posé en principe que, dans
la Paralysie générale, le symptôme paralysie était
le principal et le délire le fait accessoire secondaire
qui pouvait disparaître alors que la paralysie
persistait ou ne se produire que très longtemps
après les symptômes de paralysie générale sans délire
Ils n'admettaient pas 2 espèces de paralysie géné-
rale mais ils posaient en principe que la pa-
ralysie pouvait exister pendant très longtemps
toute seule et le délire ne survenir qu'acces-
soirement dans la dernière période.
Depuis lors l'opinion de l'unité de la
Paralysie générale avec ou sans délire a
triomphé et a été adoptée par tous les mé-
decins jusqu'à ces dernières années, comme
maladie spéciale, distincte des autres formes
de la folie et des maladies cérébrales, carac-
térisée par un ensemble de symptômes phy-
siques et moraux et par une marche
particulière. C'est là l'opinion que j'ai
adoptée dans ma thèse en 1853 et que

le professeur Lasègue a également défendue dans sa thèse d'agrégation dans la même année 1853. La même opinion a été défendue avec une grande énergie par M. Parchappe dans la discussion qui a eu lieu à la Société psychologique en 1859 et cette opinion domine encore aujourd'hui l'esprit de tous les médecins aliénistes comme des médecins des hôpitaux ordinaires avec cette simple dissidence que ces derniers admettent quelquefois l'existence de quelques paralysies générales sans délire. Tel est l'état actuel de la science. Cependant depuis quelques années il s'est introduit dans la ~~science~~ l'histoire de cette maladie quelques nouveaux éléments qui ont modifié assez profondément sa description. D'abord on a découvert que la durée de cette maladie était souvent beaucoup plus longue qu'on ne l'avait ~~dit~~ cru précédemment et que ces malades pouvaient vivre pendant très longtemps. D'autre part on a observé dans sa marche des rémissions très prononcées et très prolongées qui interrompent son cours ou le font rétrograder d'une façon très remar-

quable tandis qui autrefois on la croyait toujours ré-
gulièrement progressive. Les rémissions ont même
été quelquefois si considérables et si longues que quel-
ques auteurs et en particulier M. Baillarger ont
pu les considérer comme de véritables guérisons.
Mr Baillarger surtout a attiré l'attention sur ces
faits exceptionnels et en a fait une variété dis-
tincte sous le nom de manie congestive C'est
un fait nouveau et important dans l'histoire
de cette maladie et qui peut en modifier la
théorie générale. Un autre fait important a éga-
lement été introduit par Mr Baillarger C'est
l'étude du délire mélancolique dans la Para-
lysie générale. Bayle et Calmeil avaient bien
signalé l'existence fréquente d'un stade mélan-
colique au début de la maladie et quelques
auteurs avaient bien rapporté quelques Ex de
délire mélancolique mais le fait avait passé
presque inaperçu. Mr Baillarger ne s'est
pas borné à constater le fait de l'existence
du délire mélancolique dans la Paralysie gé-
nérale mais il l'a décrit d'une manière spé-

ciale en lui donnant le nom de délire hypochondriaque. Ce délire consiste surtout dans des transformations de la personnalité physique. Ils croient que leur corps tout entier ou diverses parties de leur corps sont changés, ils ont une tête de plomb, pas de bouche, pas d'estomac, pas de cerveau. Ils croient avoir des membres en fer, en un mot ils se croient transformés dans l'ensemble ou dans plusieurs parties de leur corps. Cette variété de délire est très caractéristique de la paralysie générale surtout quand elle s'accompagne des autres caractères du délire paralytique, c'est à dire quand ce délire est mal coordonné, inconsistant et contradictoire. Voilà donc plusieurs faits importants introduits depuis quelques années dans l'histoire de la Paralysie générale et plusieurs autres sur lesquels j'insisterai plus tard qui en modifient singulièrement la description et même la théorie générale. M. Baillarger, par Ex, est arrivé dans ces dernières années, à cette conclusion qu'au lieu d'admettre une seule espèce de Paralysie

générale, il faut en admettre deux La Folie paralytique et la démence paralytique. Il arrive ainsi à substituer la théorie de la dualité à celle de l'unité Dans plusieurs mémoires publiés par lui depuis quelques années, dans lesquels il défend cette théorie avec une grande énergie et une grande conviction. Il admet 2 maladies pouvant exister séparément ou s'ajouter l'une à l'autre. La démence paralytique est le fond même de la maladie auquel peut venir s'ajouter la Folie paralytique qui est un élément secondaire pouvant disparaître ou reparaître alternativement tandis que la démence et les symptômes paralytiques persistent pendant toute la durée de la maladie. C'est ainsi qu'il explique la guérison de la Manie congestive. Les malades restent pendant 5 ou 6 mois dans un état maniaque, mais peu à peu le délire s'apaise, ils reviennent à leur état antérieur, c'est à dire à un état de démence simple avec persistance de quelques symptômes légers de

paralysie ou même à une guérison momentanée et même complète.
D'autre part, le professeur Lasègue, dans les 1res années de sa vie et dans les leçons publiées dans son ouvrage posthume a défendu avec une grande énergie une thèse différente de celle qu'il avait soutenue autrefois. Après avoir contribué dans sa thèse pour l'agrégation, à établir la paralysie générale comme une maladie unique il a cherché à démolir plus tard cette théorie et à prouver qu'il existait plusieurs formes ou espèces de Paralysies générales et que la ~~ma~~ paralysie générale représentait un genre de maladie cérébrale dans lequel il fallait établir des espèces et des variétés spéciales. Il demandait ainsi de nouvelles catégories et de nouveaux groupes à créer dans le genre trop vaste et trop compréhensif des paralysies générales telles qu'on les observe aujourd'hui. Il a donné dans ses leçons des indications très intéressantes sur ces diverses espèces et variétés que l'on

commence à entrevoir, seulement il n'a pas eu le temps de développer cette opinion et d'arriver à la démontrer d'une manière complète. Ses leçons ne contiennent que des indications vagues [à] cet égard et, jusqu'à présent, cette opinion n'a pas encore cours dans la science.

Il est certain qu'il existe des variétés de marche de la paralysie générale et qu'elles sont incontestables au début de la maladie. Pour ma part je pense qu'il ne faut pas détruire le type connu de cette maladie, l'unité de la forme ou de l'espèce morbide appelée paralysie générale mais que, s'il convient de la conserver telle que nous l'ont léguée nos devanciers il importe d'établir des variétés dans l'espèce, non seulement dans le début comme je l'ai déjà fait mais dans la marche totale de la maladie et que là réside le vrai progrès de la science. Nous avons déjà quelques indications sur lesquelles ~~je~~ j'insisterai tout à l'heure, mais le travail scientifique

n'est pas encore fait ; il est encore à l'étude. Nous connaissons déjà assez bien les variétés de début mais plus tard ces périodes, d'abord distinctes, semblent se fusionner dans un état commun conforme à la description classique de la Paralysie générale et c'est dans cet état général commun qu'il faudrait chercher à poursuivre les variétés de marche, étudiées seulement dans leurs débuts

C'est avec ces idées que je vais chercher aujourd'hui à décrire devant vous cette maladie. Je serai obligé d'être très bref, ne pouvant en une seule leçon donner tous les détails que comporterait une description complète.

Il faut commencer par remonter très haut dans la vie des individus atteints de cette affection. Et d'abord, est-elle héréditaire ? Sous ce rapport, il y a dissidence parmi les auteurs. On a cru longtemps qu'elle était moins souvent héréditaire que les autres résanies. On a même ajouté que si elle s'était ~~moins~~ héréditaire c'était plus tôt avec les affections

cérébrales de nature congestive plutôt qu'avec les folies proprement dites. On a fait remarquer qu'on trouvait plutôt des individus apoplectiques atteints de ramollissements ou de toute autre affection cérébrale parmi les ascendants des paralytiques généraux que de véritables aliénés. C'est là l'opinion qui a été soutenue par MM. Baillarger et Lunier. Mais, après de nouvelles études, nous sommes bien obligés aujourd'hui d'admettre qu'un certain nombre de paralytiques ont réellement parmi leurs ascendants des aliénés et qu'ils sont plus nombreux qu'on ne le croyait autrefois. Nous admettons donc 3 variétés directes chez les paralytiques généraux : Les paralytiques accidentels sans hérédité que nous voyons se produire sous nos yeux, les paralytiques à hérédité congestive et les paralytiques à hérédité vésanique. On a même été plus loin et cherché quelques caractères qui permettent de reconnaître dans la marche de la paralysie générale son origine vésanique ou

ou héréditaire. M. M. Doutrebente et Lyonet entre autres ont fait des thèses sur ce sujet pour démontrer que chez les Paralytiques ayant eu des aliénés dans leur famille, la maladie était plus lente dans son évolution, durait plus longtemps et avait plus fréquemment des rémissions pendant son cours.
Quoiqu'il en soit, les paralytiques généraux tels qu'on les observe généralement n'ont pas présenté pendant toute leur vie des caractères particuliers de prédisposition. C'est à un certain moment de leur existence et souvent à une époque déjà éloignée de la véritable invasion de la maladie qu'on commence à observer chez eux des phénomènes étranges, qui se passent plutôt dans le domaine du caractère et des actes que dans celui de l'intelligence. Ils continuent à remplir tous les devoirs de leur profession, à vivre de la vie commune, souvent même ils ont une grande activité intelligente dont il tirent un grand parti. Il est remarquable en effet que souvent, dans cette 1re période, ils ont fait des entreprises heureuses, des spéculations avantageuses qui ont augmenté leur fortune

sous l'influence de l'excitation cérébrale prodromique qui constitue la 1re période de la maladie. L'intelligence est donc plutôt surexcitée que troublée à cette période mais on commence alors à observer de grandes altérations dans le caractère et dans les actes. C'est sur ce point que beaucoup d'auteurs et, en particulier, Brière de Boismont et Legrand du Saulle ont eu raison d'insister, surtout au point de vue de la médecine légale. Les malades ont une grande irritabilité de caractère. Ils sont en général doux, bienveillants, plutôt disposés à l'optimisme qu'au pessimisme, mais ils ont de grandes variations de caractère; ils présentent des accès de colère et de violence, de grandes irrégularités dans leur manière de vivre. Les actes se ressentent de ces altérations dans le moral et des malades qui ne présentent aucun trouble intellectuel apparent peuvent offrir souvent des altérations de caractère et des actes tout à

fait déraisonnables, délictueux ou criminels qui peuvent être attirer sur eux l'attention des tribunaux et même les faire condamner pour des actes obscènes faits en public ou pour des actes insignifiants mais singuliers tels que des vols accomplis d'une façon tout à fait évidente et sans but, ou des achats d'objets nombreux achetés par douzaines et que l'on retrouve ensuite accumulés dans leur appartement sans qu'ils en aient fait aucun usage. Un certain d'actes de ce genre sont absolument caractéristiques de cette période prodromique de la Paralysie générale. Il y en a d'autres qui ont des absences et des inattentions absolument singulières et qui, dans leurs écritures, quand ils sont commerçants ou comptables, font des erreurs graves, des omissions ou même des faux et peuvent être condamnés alors même qu'ils n'ont pas eu conscience des actes instinctifs et involontaires auxquels ils se sont livrés. Cette période prodromique est très intéressante à étudier au point de vue médico-légal, mais à cette époque ils ne passent pas

encore pour malades, personne ne songe à consulter un médecin et il faut des circonstances accidentelles pour attirer sur eux l'attention des observateurs. C'est surtout dans les familles qu'on peut s'apercevoir de ces modifications de caractère et qu'on peut avoir des renseignements sur ces accidents. C'est aux femmes des aliénés paralytiques qu'il faut surtout s'adresser dans ce but, mais pour les personnes qui ne sont pas constamment avec eux, ces malades, à cette période, ne paraissent pas atteints dans leurs facultés cérébrales et aucun symptôme physique ou moral n'attirent l'attention des personnes qui vivent avec eux. C'est donc simplement une période prodromique et non véritablement une période de la maladie.
Mais peu à peu elle vient à se caractériser et c'est alors qu'il importe de décrire 4 variétés dans l'évolution de la paralysie générale. Deux de ces variétés sont surtout caractérisées par des symptômes physiques et deux autres au contraire par des carac-

tère de l'ordre psychique. La 1re variété est celle que l'on a désignée sous le nom de Paralysie générale progressive. Phénomènes physiques très caractérisés, léger embarras de la parole, dilatation inégale des pupilles, quelques vertiges de temps en temps, un peu de céphalalgie, tremblement léger de la langue, des muscles de la face et même des paupières, quelquefois des membres supérieurs et même inférieurs. On les observe surtout dans la pratique civile ou dans les hôpitaux ordinaires et ils ont attiré l'attention des médecins en dehors des asiles. Cette période peut se prolonger pendant très longtemps. Les malades continuent à remplir les devoirs de leur profession. Cependant si elle exige une grande délicatesse du mouvement des mains on constate chez eux des modifications sensibles dans la sensibilité et la motilité des membres inférieurs. Souvent même ils trébuchent en marchant et, en observant bien, on constate chez eux des symptômes de paralysie généralisée, peu prononcés mais très évidents. Ces malades n'ont pas, au début, d'affaiblissement intellectuel très prononcé, cependant on constate quelques lacunes dans leur mé_

moire, quelques absences et un affaiblissement progressif mais très lent de l'intelligence. A cette période, ils ont conscience de leur état de paralysie, ils s'en tourmentent et vont souvent trouver le médecin contrairement aux autres paralytiques généraux qui se croient, au contraire, très bien portants. Cependant cette demi tristesse s'allie très bien avec une sorte d'optimisme et ils sont convaincus qu'ils peuvent guérir et revenir à la santé. Ce commencement d'optimisme augmente plus tard à mesure que la maladie poursuit son cours. A côté de cette variété de début, il faut placer la variété congestive. Ces malades se rapprochent beaucoup de ceux qui sont atteints d'affections cérébrales sans délire. Ils éprouvent de loin en loin de petites attaques congestives passagères, des vertiges, des étourdissements de quelques minutes qui n'entraînent pas de chutes, qui se concilient avec la continuation de la vie ordinaire et qui, cependant, ont pour caractère principal d'être suivis d'un grand abaissement de l'intelligence. C'est la

le caractère important. Les attaques, au point de vue congestif, sont extrêmement légères et pourtant leur reproduction à divers intervalles, l'intelligence baisse de niveau très notablement, beaucoup plus que dans les congestions ordinaires. Le malade peut se relever un peu momentanément mais, après chaque nouvelle attaque, il y a un nouvel abaissement intellectuel très notable. Il en résulte qu'au bout de 10 mois ou un an, ces malades sont devenus de véritables déments, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de congestions cérébrales simples. A cette variété, il convient d'annexer une sous-variété qu'on peut appeler <u>variété épileptique</u>

Il y a des malades qui, au lieu de présenter de simples congestions cérébrales, présentent, dès le début, de véritables attaques épileptiques ou épileptiformes, avec chutes, convulsions écume à la bouche, à ce point que souvent, à cette période, ils passent pour de véritables épileptiques. Cet état peut durer plusieurs années avant d'arriver à une période plus avancée et faire illusion sur le diagnostic de la maladie. Dans ces cas, les malades

qui deviennent plus tard de véritables paralytiques généraux très caractérisés ont commencé par être épileptiques mais épileptiques accidentels ayant commencé leurs attaques à un âge déjà avancé et non dans le jeune âge. Cette épilepsie peut même se présenter à cette époque sous la forme larvée ainsi que cela est arrivé dans le cas célèbre du comte Charinski ou Morel a été appelé à Munich et a combattu victorieusement sous ce rapport l'opinion des médecins allemands. Or la suite de la variété paralytique dont j'ai parlé tout à l'heure, il convient d'annexer aussi une sous variété sous le nom de variété médullaire. Elle n'était pas connue autrefois mais depuis les travaux de Westphal, de Magnan, de Charcot, etc; elle est maintenant bien étudiée et repose sur un assez grand nombre d'observations. Au lieu de débuter comme je l'ai indiqué tout à l'heure la paralysie générale, dans ce cas, par les jambes, par l'incontinence des urines etc. Il est un certain nombre de malades qui, pendant 2 ou 3 ans, présentent des phéno

mènes de paralysie de l'ataxie locomotrice et plus tard se transforment tout-à-coup et prennent et prennent les caractères ordinaires de la Paralysie générale d'origine cérébrale. Il se passe alors un double travail anatomique très bien étudié par Westphal et par Magnan, d'abord ascent puis descendant, de la moëlle vers le cerveau puis du cerveau vers la moëlle. Après une longue période médullaire, il survient chez ces malades, des phénomènes cérébraux, de l'embarras dans la parole, de la dilatation des pupilles, du tremblement des lèvres et enfin du délire qui survient assez rapidement et avec les caractères habituels de la Paralysie générale, c'est à dire avec démence et idées de grandeurs. Et, chose remarquable, malgré l'existence incontestable d'un certain degré d'affection médullaire, aussitôt que les phénomènes cérébraux apparaissent dans toute leur intensité, les phénomènes médullaires semblent disparaître. En étudiant attentivement, on constate

en réalité à un certain degré mais qu'ils dimi-
nuent très notablement d'intensité, et les
malades se remettent à marcher, à circuler
et au milieu de l'agitation maniaque, ils
redeviennent aussi actifs que les autres para-
lytiques généraux. Cette variété de début
de la paralysie générale qui n'était pas
connue du temps d'Esquirol a été étudiée
avec beaucoup de soin depuis une 20^{ne} d'ann[ées]
Après ces variétés spécialement physiques vien-
nent les deux variétés où dominent les symp-
tômes de l'ordre mental.
Et d'abord la Variété Mélancolique surtout
étudiée par M. Baillarger. Il faut distin-
guer dans son travail la mélancolie prodro-
mique et celle qui peut survenir dans les
autres périodes de la maladie. Très souvent
la Paralysie générale débute par un stade
mélancolique tantôt court et tantôt prolongé
Les malades deviennent alors inertes, tristes.
Ils ne sortent pas de chez eux, restent au
lit, immobiles, dans un état complet d'i-
nertie physique et morale. Ils ont la senti-

ment d'une faiblesse physique très prononcée, le dégoût de la vie, en un mot un état de mélancolie sans délire. Quelquefois même des conceptions délirantes déterminées viennent s'ajouter à ce fond maladif mais en général c'est un état de dépression simple. Quand on observe bien les antécédents des paralytiques on découvre presque toujours un état mélancolique caractérisé au début de la paralysie générale même dans la variété expansive mais d'autres fois cet état mélancolique a une plus longue durée et constitue une 1re période assez prolongée. On en trouve quelques Ex. dans les observations de Bayle et de Calmeil, mais c'est surtout depuis une 20ne d'années que l'on a bien observé cette période mélancolique prodromique. On y a ajouté une observation importante à signaler c'est que, dans quelques cas cet état mélancolique se transforme rapidement en un état contraire c'est à dire un état ~~mélancolique~~ maniaque qui est lui-même remplacé

par le retour de l'état mélancolique. C'est là la variété circulaire de la paralysie générale qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire confondre une paralysie générale commençante avec une folie circulaire véritable.

Mais le plus souvent le stade mélancolique n'est pas de longue durée, il disparaît pour faire place au retour à l'état normal. Mais cet état lui-même n'est pas alors de longue durée et l'on ne tarde pas à voir apparaître les premiers signes de la phase d'excitation avec les caractères appartenant à la variété la plus commune, c'est à dire à la variété expansive.

Cette variété expansive était la seule connue autrefois et que tous les auteurs ont décrite. Après un stade mélancolique ordinairement assez court, l'excitation commence à se manifester dans le caractère, dans les actes et dans l'intelligence. Les malades ont un besoin continuel de mouvement, ils chan

tout leur mode d'existence ; ils se lancent dans une vie irrégulière, se livrent à des excès de boissons ou de femmes, mènent une vie aventureuse et vagabonde tout à fait différente de leur existence antérieure. A cette époque, l'intelligence est très surexcitée mais pas encore troublée absolument. Le malade continue à remplir les devoirs de sa profession et même avec une très grande activité. Il ne dort plus et est en mouvement perpétuel et n'éprouve jamais de fatigue. A cette même période, au lieu d'éprouver des phénomènes de paralysie et d'impuissance il a une surexcitation génésique extraordinaire en rapport avec celle de toutes les autres fonctions. Ces malades ont en même temps des altérations dans le caractère et des troubles considérables dans les actes. Ils font des achats nombreux, des spéculations hasardeuses. Ils volent même souvent et ils font des faux. Ils se livrent à des excès en tous genres et ont une mobilité incessante d'idées et d'actions. A cette époque, ils sont

encore en liberté et peu de personnes les considèrent comme malades mais il suffit d'une circonstance accidentelle pour les faire enfermer. On constate bien chez eux des changements notables dans le caractère mais on ne les considère pas comme les signes d'une maladie véritable et l'on n'oserait pas les enfermer comme malades, mais survient tout-à-coup un fait accidentel qui les fait arrêter un peu plus tôt qu'on ne l'aurait fait sans cette circonstance. A Paris, par Ex, ces individus vont dans les cafés et ne paient pas leurs consommations ou bien ils prennent une voiture pendant toute une journée et ne paient pas le cocher. On les conduit alors au dépôt de la préfecture et ils sont alors jugés aliénés et conduits dans un asile. Une fois enfermés dans ces conditions, leur délire augmente rapidement d'intensité. Il est remarquable en effet que lorsque l'excitation est une fois arrivée à un certain degré, elle s'élève très rapidement et parcourt non moins rapidement tous les

échelons de l'excitation et de la grandeur. Ils commencent par faire des projets nombreux qui sont encore réalisables, se lancent dans la sphère des idées gigantesques mais qui sont encore possibles et non encore absurdes en elles-mêmes. Mais alors très rapidement, quelques fois même dans l'espace d'une nuit, ils franchissent cette limite et arrivent à des conceptions absurdes et irréalisables.

C'est ordinairement dès les 1ers jours de leur entrée dans les asiles que cette transformation s'opère. Ils commencent par se dire grands chanteurs, grands musiciens, capables des plus grandes actions en tout genre. Ils se vantent continuellement et ont un optimisme exagéré, une satisfaction et un sentiment de bien être débordants et leurs projets deviennent de plus en plus impossibles. Ils veulent ressusciter les morts, reconstruire Paris, etc. Ils commencent par avoir cent mille francs, puis des millions, puis des milliards! Cette progression a lieu en même temps dans toutes les directions, dans le sens des richesses

titres, des dignités, dans tous les sens, en un mot, de l'ambition et de la grandeur. Il est très curieux d'assister jour par jour à cette transformation rapide de la simple excitation cérébrale à un délire des plus caractérisés et des plus intenses. Ce délire a des caractères spéciaux qui méritent d'être étudiés avec soin et que l'on peut résumer ainsi. Il est mobile, multiple, absurde et contradictoire. Il est mobile c'est à dire qu'il change d'un moment à l'autre et que les malades ont un grand nombre de conceptions délirantes qui se succèdent et se remplacent dans un temps très court. Les idées pullulent dans leur tête et elles se succèdent sans que le malade s'attache à aucune d'elles.

Il est multiple c'est à dire que les conceptions délirantes sont extrêmement nombreuses et que l'on peut les compter par centaines dans une journée ou dans un temps encore plus court

Il est absurde, c'est à dire qu'il devient impossible et ne pourrait pas être accepté

un seul instant, ni par une intelligence saine, ni même par un autre aliéné. Il n'y a pas de limite à l'absurdité du délire. Enfin le dernier caractère le plus important de tous, c'est que le délire manque de coordination et que les conceptions sont absolument contradictoires entre elles. Ces malades disent en même temps et dans le même moment qu'ils sont ouvriers tailleurs et qu'ils sont princes, couturières et princesses. Ils racontent en même temps et parallèlement leur vie réelle et leur vie imaginaire sans sentir la contradiction qui existe entre ces deux ordres de faits incompatibles. Le **même** homme est en même temps pape, roi, et empereur d'Allemagne et roi d'Espagne. Et le malade ne sent pas l'absurdité de ces contradictions.

Le délire des paralytiques manque donc absolument de coordination. C'est là le caractère essentiel qui le distingue du délire de tous les autres aliénés. Dans le délire de grandeur

chronique qui n'appartient pas à la paralysie gé-
nérale, dans la Mégalomanie, on observe précisé-
ment le fait inverse. Le malade a tout son roman
très bien coordonné. Il prévoit les objections et
il y a répondu à l'avance; il explique com-
ment il a été changé en nourrice, comment on
s'est trompé sur son acte de naissance qu'on
a substitué un enfant à un autre, qu'il a
des preuves de sa véritable origine qu'il des-
cend d'un prince ou d'un autre seigneur etc.
Il explique son histoire à tout venant dans
les mêmes termes et avec les mêmes dé-
tails et les mêmes explications et il pré-
voit les objections et il y répond. C'est
précisément l'inverse de ce qui a lieu chez
les paralytiques généraux.
Il croit très utile d'insister sur ces carac-
tères qui servent beaucoup au diagnostic
du délire de la paralysie générale et qui

s'appliquent non seulement au délire de grandeur mais à toutes les conceptions délirantes des paralytiques et, en particulier, au délire mélancolique spécial signalé par M. Baillarger. Cet auteur a en effet, attiré l'attention sur un délire hypochondriaque spécial appartenant à certaines périodes de la paralysie générale. Ces malades se croient transformés dans leur personne physique tout entière ou dans quelques parties de leur corps. Ils disent qu'ils sont bouchés, qu'ils ont une tête de plomb, des bras de fer etc. Eh bien ce délire mélancolique lui-même est chez eux plein de contradictions. Ils disent qu'ils sont morts et ils parlent, qu'ils ne peuvent pas manger et ils avalent, qu'ils n'ont plus de jambes et ils marchent. Le délire mélancolique des paralytiques participe donc de ces caractères spéciaux du délire des grandeurs.

Ordinairement, après avoir passé par cette période de délires des grandeurs qu'on appelait autrefois bien à tort monomaniaque puisque

le délire est bien loin d'être fixe et restreint. ces malades arrivent le plus souvent à un véritable état maniaque des plus intenses, et ils en ont alors toutes les manifestations les plus violentes -ils cassent, brisent, déchirent, se déshabillent restent presque toujours tout nus et sont absolument incoërcibles. Tantôt, comme on le fait généralement en France, on leur met la camisole de force, tantôt, comme on fait en Angleterre, on les laisse libres dans une cellule matelassée ou non, mais, quoi qu'il en soit, cet état maniaque poussé au plus haut degré se prolonge souvent pendant très longtemps et presque sans interruption pendant le jour et pendant la nuit. On s'étonne vraiment de voir de pareils malades résister pendant si longtemps à une excitation maniaque si intense et si prolongée presque sans sommeil et sans répit. C'est surtout à cette période que surviennent ordinairement les rémissions dont je parlais tout à l'heure, qui sont consolé-

rable sur lesquelles Monsieur Baillarger a attiré l'attention et qui peuvent simuler des guérisons. On observe assez souvent dans les asiles des cas de ce genre qui sont bien plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois. Ces malades arrivent peu à peu à un changement presque complet de leur état. Ils abandonnent leurs idées délirantes, leur excitation se calme et ils arrivent à un état de tranquillité complète; ils reconnaissent l'absurdité des idées délirantes qu'ils ont émises pendant leur maladie; ils reviennent en un mot à un état mental tellement satisfaisant qu'après quelques mois d'attente on se décide à les remettre en liberté

Mr Baillarger a insisté avec raison sur les phénomènes physiques qui se produisent souvent chez ces malades à cette période de transformation. Il survient des furoncles, des anthrax ou des suppurations prolongées qui semblent contribuer à la guérison. D'autres malades ont éprouvé des accidents pendant la période d'excitation et ces accidents ayant

provoqué une longue suppuration semblent avoir aidé à la guérison. Dans d'autres cas encore c'est par des escharres que se produit la guérison.
Enfin, il est d'autres cas encore où cette guérison survient à la suite d'une période de délire fur aigu, avec refus des aliments et amaigrissement considérable, cachexie et marasme, état qui, quelquefois, entraîne la mort, mais qui plus souvent est suivi d'une longue période de réparation à la suite de laquelle finit par se produire une rémission des plus prononcées de tous les symptômes de la maladie.
C'est ainsi qu'il se produit souvent des rémissions plus ou moins prolongées dans le cours de la Paralysie générale. Il aurait fallu plusieurs leçons pour pouvoir la décrire avec détails. Cependant je dois vous dire qu'il y a d'autres périodes qui succèdent à celles que je viens de décrire. Le malade s'affaiblit de plus en plus au physique et au moral. Il marche progressivement vers la pa-

ralysie de plus en plus complète et vers la démence de plus en plus prononcée.
Cette marche de la maladie n'est pas cependant progressive régulièrement comme on l'a dit autrefois. Elle a lieu par soubresauts et il y a de nombreuses alternatives dans l'intensité relative des divers symptômes. Elle est souvent interrompue par des attaques congestives ou convulsives qui mettent momentanément la vie du malade en danger et la maladie se prolongeant ainsi pendant longtemps arrive à une démence de plus en plus caractérisée et à une paralysie de plus en plus. Il est des malades qui sont tellement paralysés qu'ils ne peuvent plus marcher et qu'on est obligé de les asseoir dans un fauteuil percé. Ils ont une incontinence continuelle des urines et des matières fécales. C'est là la dernière période de la Paralysie générale. Cependant il est juste de dire que beaucoup de malades atteints de paralysie générale n'atteignent jamais à ce degré extrême de la maladie et continuent à se tenir debout et à marcher jusqu'à la fin. Beaucoup de Paralytiques meurent

debout quoiqu'on en dise. Atteints d'attaques congestives ou convulsives fréquentes, ils se relèvent le lendemain de leurs attaques et recommencent à marcher comme auparavant. Ces malades méritent l'attention au point de vue de la variété de la marche de la Paralysie générale dans les dernières périodes. Ils sont souvent emportés définitivement par une attaque mais la veille de leur attaque et de leur mort, ils marchaient encore.

La mort des Paralytiques généraux arrive soit par l'évolution naturelle de la maladie cérébrale elle-même, soit par l'état cachectique ou le marasme, soit par des complications accidentelles.

Je n'ai pas pu insister en une seule leçon sur les divers détails de la description de cette maladie. Mon but a été d'attirer surtout votre attention sur l'existence de variétés nombreuses dans la marche de cette maladie, non seulement dans ses débuts mais dans tout son cours. Je crois que c'est dans cette étude

que doit résider aujourd'hui le progrès pour la connaissance exacte et complète de cette maladie. Au lieu de se borner à en tracer un tableau d'ensemble comme j'ai cherché à le faire aujourd'hui très rapidement, il faut s'efforcer d'étudier plus pratiquement, plus cliniquement les différents malades que l'on aura sous les yeux et d'arriver à constater qu'ils diffèrent singulièrement entre eux, que, tout en présentant les mêmes symptômes généraux physiques et moraux qui constituent l'unité morbide, ils présentent néanmoins de telles diversités dans les détails de ces symptômes et dans leur marche qu'il conviendra plus tard d'arriver à décrire des variétés cliniques de la Paralysie générale, aussi bien pendant tout son cours que dans ses débuts. J'ai cherché à vous décrire les premières mais les autres sont encore peu connues. C'est sur ces diversités de marche que le professeur Lasègue a cherché à attirer l'attention dans les dernières années de sa vie, tout en cherchant à trop séparer ces espèces diverses les unes des autres. Mais, tout en conservant

l'unité de la maladie, il est possible de décrire des variétés distinctes dans l'espèce depuis leur début jusqu'à leur terminaison. Nous constatons dès à présent une différence essentielle entre la marche habituelle de la Paralysie générale chez l'homme et chez la femme (description rapide de ces 2 variétés bien différentes) Il faut continuer à rechercher d'autres différences analogues et c'est là que réside le progrès. L'histoire de la Paralysie générale sous ce rapport est donc à refaire Il faut entreprendre un travail scientifique analogue à celui qui a été entrepris pour les myélites chroniques par l'École de Charcot, Vulpian et ses élèves. Je dirai, en terminant, qu'il faut chercher à faire pour les scléroses cérébrales ce que l'on a si bien fait depuis une trentaine d'années pour les scléroses médullaires!

